

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

katedra psychologie

Dizertační práce

PhDr. Olga Havránková

SEBEVRAŽEDNOST SENIORŮ

SUICIDALITY OF SENIORS

Praha 29. 9. 2018

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, PhD.

Děkuji své školitelce PhDr. Kataríně Lonekové, PhD. za všechny cenné podněty, otevírání nových vhladů a za laskavé vedení po celou dobu studia.

Dále děkuji své rodině, zejména manželovi Jiřímu za trpělivost, synovi Jakubovi za pomoc s formální úpravou dizertační práce, synovi Filipovi za pomoc s vytvořením informovaného souhlasu a Olze za kontrolu citací.

Terezce děkuji, že jsem s ní mohla všechny okolnosti psaní práce sdílet a že mi byla oporou a inspirací.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům, bez jejichž pomoci by tato práce nemohla vzniknout, ale také těm kolegům, kteří mi výzkum na svých pracovištích umožnili.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem dizertační práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 30. září 2018

PhDr. Olga Havránková

Klíčová slova: sebevražda, senior, PBSP potřeby, deficity potřeb, rizikové faktory

Abstrakt

Záměrem této práce je studovat fenomén sebevražednosti seniorů v kontextu PBSP potřeb. Sebevražednost seniorů je vážný problém a dá se předpokládat, že jeho význam bude narůstat vlivem stárnutí populace. Snažila jsem se zjistit, které PBSP potřeby jsou u seniorů ohrožených sebevraždou v největším deficitu a jak lze popsat fenomén sebevražednosti u starších lidí.

Tento dizertační projekt byl realizován formou kvalitativní výzkumné studie, konkrétně metodou interpretativní fenomenologické analýzy, jejímž principem je zkoumání žité lidské zkušenosti a jejího individualizovaného smyslu, doplněnou o další relevantní výzkumné metody. Stěžejním zdrojem dat byly polostrukturované rozhovory se seniory, kteří měli sebevražedné myšlenky, tendence nebo měli za sebou pokusy.

Tento výzkum ukázal, že každou potřebu suicidálního seniora lze systémem PBSP potřeb zachytit a jejím prostřednictvím lépe pochopit, jak s tímto jedincem pracovat. Potřebou, která byla u respondentů v největším deficitu byla potřeba místa (pochybnost o vlastním místě na světě, osamělost a ztráta smyslu). Dále se ukázalo, že je sebevražedné myšlení seniorů bez ohledu na to, kolik jich sebevražedně jedná, nečekaně vysoké. Rizikové a ochranné faktory, které tento výzkum ukázal, odpovídají dříve zjištěným skutečnostem.

V případných navazujících výzkumných projektech by bylo zajímavé zjistit např. to, jestli práce s PBSP potřebami zmírní nebo odvrátí sebevražedné myšlení. Pro praxi se ukázalo jako nezbytné vytvořit manuál pro pracovníky v přímé péči, jak reagovat a postupovat, když senior sebevražedný záměr vyjadřuje.

Key words: suicide, senior, PBSP needs, deficits of needs, risk factors

Abstract

The aim of this work is to study the phenomenon of suicide of seniors in the context of PBSP needs. The suicidality of seniors is a serious problem and it can be assumed that its importance will increase as a result of aging of population. I tried to find out which PBSP needs are in the largest deficit in suicidal threatened seniors and how to describe the phenomenon of suicidality of elderly people.

This dissertation project was realized in the form of a qualitative research study, namely the method of interpretative phenomenological analysis, the principle of which is the study of living human experience and its individualized meaning, supplemented by other relevant research methods. The primary source of data was semi-structured interviews with seniors who had suicidal thoughts, tendencies, or attempts.

This research confirmed that every need of a suicidal senior can be detected by the PBSP system and then use it to better understand how to work with this individual. The need, which respondents had in the biggest deficit, was the need of place (doubt about one's own place in the world, loneliness, and the loss of meaning). It also turned out that suicidal ideas of seniors, no matter how many actually acts suicidal, unexpectedly high. The risk and safety factors, that this research has shown, correspond with previously established facts.

In eventual subsequent follow-up research projects, it would be interesting to find out, for example, whether the work with PBSPs will ease or reverse suicidal thoughts. For practice, it has become necessary to create a manual for direct care workers on how to respond and act when a senior expresses suicidal.

OBSAH

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Úvod | 9 |
| 2 | Záměr a odborné východisko dizertační práce | 11 |
| 2.1 | Záměr dizertační práce | 11 |
| 2.2 | Odborné východisko..... | 11 |
| 3 | Sebevražda..... | 13 |
| 3.1 | Vymezení sebevraždy..... | 13 |
| 3.2 | Příčiny sebevraždy..... | 14 |
| 3.3 | Shneidmanova teorie psychache..... | 14 |
| 4 | Starší věk | 17 |
| 4.1 | Vymezení stáří..... | 17 |
| 4.2 | Úkoly stáří | 18 |
| 4.3 | Hodnota stáří | 18 |
| 4.4 | Psychické funkce starších lidí | 19 |
| 4.5 | Syndrom EAN (Eldery abuse and neglect)..... | 19 |
| 4.6 | Ageismus | 21 |
| 5 | Sebevraždy seniorů..... | 22 |
| 5.1 | Mýty o suicidalitě seniorů | 22 |
| 5.2 | Rizikové faktory suicidality seniorů..... | 23 |
| 5.2.1 | Psychopatologie u sebevraždých seniorů | 24 |
| 5.2.2 | Sociální izolace a opuštěnost | 25 |
| 5.2.3 | Nemoci..... | 27 |
| 5.2.4 | Bolest | 27 |
| 5.2.5 | Nízký ekonomický status | 28 |
| 5.3 | Protektivní faktory | 28 |
| 6 | Skrytá sebevražda..... | 30 |
| 6.1 | Psychologická nebo psychosociální autopsie | 31 |
| 6.2 | Ambivalence..... | 32 |
| 6.3 | Podregistrace sebevražd | 32 |
| 7 | Jiné formy autodestrukce..... | 33 |
| 7.1 | Nepřímá sebevražda | 33 |
| 7.2 | Sebevražda chronická, ohnisková a organická | 33 |
| 7.3 | Dílčí úmrtí | 33 |
| 7.4 | Pasivní sebevraždy | 34 |
| 7.5 | Důsledky „skrytých čísel“ | 34 |
| 8 | Základní vývojové potřeby podle Alberta Pessa | 35 |
| 8.1 | Potřeba místa | 36 |
| 8.2 | Potřeba podpory | 36 |
| 8.3 | Potřeba ochrany | 37 |

| | | |
|----------|--|----|
| 8.4 | Potřeba výživy | 37 |
| 8.5 | Potřeba limitů | 38 |
| 8.6 | Smysl života v PBSP | 38 |
| 9 | Krise a krizová intervence | 40 |
| 9.1 | Krise | 40 |
| 9.1.1 | Vývoj krize..... | 41 |
| 9.1.2 | Reakce člověka v krizi | 41 |
| 9.1.3 | Tělové reakce na krizi | 42 |
| 9.1.4 | Baldwinův klasifikační systém krizí | 42 |
| 9.2 | Krizová intervence..... | 44 |
| 9.2.1 | Principy krizové intervence | 45 |
| 9.2.2 | Krizová intervence u seniorů | 45 |
| 9.2.3 | Týrání seniorů (syndrom EAN) v kontextu krizové intervence..... | 46 |
| 9.2.4 | Křivdy a nedorozumění..... | 48 |
| 9.2.5 | Osamělost a samota..... | 48 |
| 9.3 | Krizová intervence v případě sebevraždy..... | 49 |
| 9.3.1 | Co by v rozhovoru se suicidálním člověkem mělo proběhnout: | 49 |
| 9.3.2 | Ringelův presuicidální syndrom | 50 |
| 9.3.3 | Krizová intervence u sebevražedného seniora | 51 |
| 10 | Experimentální část | 52 |
| 10.1 | Výzkumný záměr..... | 52 |
| 10.2 | Výzkumné otázky | 52 |
| 10.3 | Výzkumný soubor | 53 |
| 10.3.1 | Definice výzkumného souboru | 53 |
| 10.3.2 | Konstrukce výzkumného souboru | 53 |
| 10.4 | Výzkumné metody..... | 55 |
| 10.4.1 | Interpretativní fenomenologická analýza - IPA | 55 |
| 10.4.2 | Polostrukturovaný rozhovor | 56 |
| 10.4.3 | Příprava a průběh rozhovorů..... | 57 |
| 10.5 | Proces sběru dat a jednotlivé fáze výzkumu | 57 |
| 10.6 | Etické aspekty výzkumu | 58 |
| 10.7 | Analýza dat..... | 59 |
| 10.7.1 | Výzkumná otázka 1: Jak lze popsat fenomén sebevražednosti u seniorů? | 59 |
| 10.7.1.1 | <i>Podoba suicidálních úvah u starších lidí.....</i> | 59 |
| 10.7.1.2 | <i>Suicidální myšlenky a tendence</i> | 60 |
| 10.7.1.3 | <i>Psychická bolest</i> | 62 |
| 10.7.1.4 | <i>Deprese.....</i> | 63 |
| 10.7.1.5 | <i>Nemoci.....</i> | 63 |
| 10.7.1.6 | <i>Morální zábrany „sáhnout si na život“</i> | 64 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 10.7.1.7 | <i>Role smyslových omezení.....</i> | 65 |
| 10.7.1.8 | <i>Nezpracované životní krize</i> | 66 |
| 10.7.1.9 | <i>Možností sdílení suicidálních myšlenek.....</i> | 69 |
| 10.7.1.10 | <i>Souvislost úvah seniora o sebevraždě s jeho životní etapou.....</i> | 69 |
| 10.7.1.11 | <i>Hodnocení vlastního života</i> | 70 |
| 10.7.2 | Výzkumná otázka 2: Které PBSP potřeby jsou u seniorů ohrožených sebevraždou v největším deficitu?..... | 71 |
| 10.7.2.1 | <i>Potřeba místa a její deficit.....</i> | 71 |
| 10.7.2.2 | <i>Potřeba limitů a její deficit</i> | 77 |
| 10.7.2.3 | <i>Potřeba výživy a její deficit</i> | 79 |
| 10.7.2.4 | <i>Potřeba ochrany a její deficit</i> | 82 |
| 10.7.2.5 | <i>Potřeba podpory a její deficit</i> | 84 |
| 10.7.3 | Otevřené zúčastněné pozorování | 85 |
| 10.7.3.1 | <i>Analýza otevřeného zúčastněného pozorování</i> | 86 |
| 10.7.4 | Analýza expertních rozhovorů..... | 88 |
| 10.7.5 | Případové studie..... | 96 |
| 10.7.5.1 | <i>Případová studie 1 - paní Alžběta</i> | 97 |
| 10.7.5.2 | <i>Případová studie 2 - pan František</i> | 103 |
| 10.7.5.3 | <i>Případová studie 3 - paní Muškátová</i> | 105 |
| 10.8 | Bariéry v přístupu k sebevraždě..... | 108 |
| 10.8.1 | Tabuizace sebevraždy | 108 |
| 10.8.2 | Bagatelizace sebevraždy | 108 |
| 10.8.3 | Strach z manipulace | 108 |
| 10.8.4 | Nezpracované zážitky | 109 |
| 10.8.5 | Nejistota pracovníků | 109 |
| 10.8.6 | Spasitelské ambice..... | 109 |
| 10.8.7 | Podregistrace dat..... | 109 |
| 10.9 | Reflexe zkušenosti výzkumníka | 110 |
| 11 | Diskuze | 113 |
| 12 | Závěr..... | 119 |
| 13 | Seznam použité literatury | 121 |
| | Seznam příloh..... | 130 |
| | Příloha 1 | 131 |
| | Příloha 2 | 140 |
| | Příloha 3 | 143 |

1 ÚVOD

Sebevražda je jev, který provází lidskou společnost od nepaměti. Postoj k sebevraždám se v různých historických kontextech proměňoval, podobně jako jejich frekvence. Fenomémem sebevraždy se dlouhodobě zabývám a podrobně jej studuji už řadu let. Z tohoto důvodu jsem si téma sebevražednosti zvolila jako předmět, kterému se věnuji ve své dizertační práci. Dalším důvodem je, že právě v současnosti považuji toto téma za velmi aktuální, jednak následkem zvýšené odpovědnosti jednotlivce za vlastní život, k čemuž jej nutí nároky současné doby, jednak i následkem oslabené schopnosti člověka snášet náročné životní situace, na což má vliv výrazné usnadnění existence snadnou dostupností a využíváním technického pokroku. Postmoderní doba také zahlcuje člověka nadměrným množstvím informací, které často není schopen vyhodnotit, takže ztrácí kontrolu nad svým rozhodováním. Sebevražednost seniorů považuji za téma významné, jehož naléhavost bude patrně narůstat v závislosti na prodlužování lidského života. Z uvedených důvodů považuji analýzu příčin a pomoc osobám ohroženým sebevraždou nejen za významné, ale i za nezbytné a naléhavé.

Ještě před realizací tohoto výzkumného záměru bylo zjevné, že existuje mnoho bariér v dostupnosti respondentů i zainteresovaných kolegů. Po ukončení pilotní fáze výzkumu jsem začala oslovovat vybraná pracoviště. Žádala jsem o možnost udělat rozhovory s lidmi nad 65 let věku, kteří mluví o sebevraždě, případně se o suicidium pokusili nebo pokoušejí. Oslovila jsem 20 domovů pro seniory po celé republice. Odpovědi negovaly přítomnost tématu v komunitě klientů. Vedoucí nebo ředitelé však současně referovali o průběžných výpovědích členů svých týmů, kteří bývají bezradní při setkání se sebevražednými proklamacemi klientů. Ředitelka jedné velké oblastní Charity napsala, že se obává, že se její podřízení patrně na tuto problematiku neumějí ptát. V průběhu výzkumu jsem získala kontakty i na tzv. černé domovy, které nejsou registrovány jako sociální služba. Původně jsem taková místa rozhodně navštěvovat nechtěla. Tato místa se v rámci výzkumu začala jevit jako důležitý zdroj. Ale ani v těchto zařízeních údajně nikdy nikdo sebevražedný nebyl. Svě dveře výzkumu zavřela i velká psychiatrická nemocnice.

Nepřekvapily mě rezervy ve vzdělání u pracovníků v sociálních službách, jejichž kvalifikace bývá často slabá. Nejsem překvapena dokonce ani skutečností, že mnoho pomáhajících profesionálů nemá představu, jak má se sebevražedným člověkem mluvit a pracovat. Mohou být výborně připraveni v mnoha jiných oblastech a suicidium není ve fokusu

jejich zájmu. Z kurzů krizové intervence vím, jaké rezervy mají v této oblasti i někteří vzdělání a zkušenosti kolegové.

Myslela jsem na řadu sebevraždných seniorů, s nimiž jsem mluvila na linkách důvěry, na krizových centrech a později ve své soukromé praxi. Také na ty, jejichž situaci jsme probírali v případových supervizích pracovníků domovů nebo stacionářů pro seniory.

Zdalo se, že výzkum, na který lze dosáhnout, se bude týkat nikoli sebevraždnosti seniorů, ale její tabuizace.

Nakonec se podařilo bariéru prolomit a v rezidenčních i zdravotnických zařízeních se našla řada seniorů, s nimiž jsem si mohla promluvit. Zpětně musím ocenit přístup kolegů, kterým velmi záleželo na jejich pacientech, případně klientech či obyvatelích a na bezpečí celé výzkumné situace. Zároveň jsem vděčná za všechna mimořádná setkání s lidmi, do jejichž příběhu jsem mohla nahlédnout. Setkala jsem se také s vysoce profesionálním a hluboce lidským přístupem k pacientům nebo klientům, který mě potěšil i povzbudil.

Text dizertační práce je rozdělen do dvou částí – teoretické a experimentální. Záměrem teoretické části je představit téma sebevraždnosti nejen v prostředí populace českých seniorů, žijících v různých životních kontextech a prostředích, ale také nabídnout čtenáři nejvýznamnější současná vědecká východiska, umožňující co možná nejotevřenější vhled do existenciální, hodnotové a postojové reality jednotlivce. Experimentální část referuje o realizaci a výstupech více než ročního výzkumného projektu, realizovaného na celém území České republiky.

2 ZÁMĚR A ODBORNÉ VÝCHODISKO DIZERTAČNÍ PRÁCE

2.1 Záměr dizertační práce

Záměrem této práce bylo studovat fenomén sebevraždy seniorů v kontextu PBSP potřeb. V první fázi výzkumu byli do výzkumného vzorku zařazeni respondenti vykazující jak verbální, tak behaviorální signály sebevraždy, které měly různou podobu i intenzitu. V této etapě se ukázalo, že vybraní respondenti v kontextu svého životního příběhu referovali o sebevraždě velmi rozmanitým způsobem. Získaná data nastínila nečekaně široký potenciál zkoumaného tématu, což vedlo k rozhodnutí rozšířit výzkumný vzorek o skupinu respondentů, kteří primárně žádné signály sebevraždy nevykazovali. Tímto krokem jsem zamýšlela vytvořit kontrolní skupinu. Takto byla zahájena druhá fáze výzkumu, byl započat sběr dat, který ukázal přítomnost studovaného fenoménu na rovinách, s nimiž výzkumný záměr původně nepracoval.

2.2 Odborné východisko

Pokud bych měla vymezit, z čeho ve své práci vycházím, je to krizová intervence. Právě na tomto poli jsem se se sebevraždami začala setkávat a zabývat. Je to přístup otevřený, respektující, nepracuje s diagnózami. Diagnostika do krizové intervence nepatří, protože v krizi dochází k výrazným posunům a zkreslením ve všech hodnotách. Jak je výše uvedeno, Krizová intervence je vyšetřením a terapií zároveň. Sebevražednou krizi stejně jako každou jinou v tomto kontextu pojmáme jako nenormální situaci normálního člověka. S veškerou úctou ke všem jiným přístupům a se vši pozorností ke zranitelnosti člověka.

První teorie sebevraždy, která mě skutečně oslovila, byla teorie Edwina Shneidmana. Velmi mi pomohla v chápání sebevražedných lidí a možností krizové pomoci, případně psychoterapie. Celá léta mi pomáhala v mé práci, je mi vlastní. I když mnohé jiné teorie považuji rovněž za velmi zajímavé a nepochybně nosné, tato je pro mě osvědčeným nástrojem pro práci se suicidálními lidmi. Proto se tak často na Shneidmana odvolávám.

Propojení sebevraždy s PBSP potřebami vzniklo podobně. I když jsou jiné systémy potřeb rovněž zajímavé, velmi ráda pracuji právě s nimi. Jsou jednoduché a dobře uchopitelné. Moudrost Alberta Pessa mě oslovila podobně, jako moudrost Edwina Shneidmana. Alberta Pessa jsem však měla to štěstí potkávat osobně ve výcviku PBSP terapie. Sledovala jsem jeho virtuózní práci ve strukturách a jeho vnímavost na projevy základních vývojových potřeb a citlivou práci s nimi.

Praxe mi potvrdila, že PBSP potřeby dobře ukazují, na co se zaměřit. Zároveň pracovníci z pomáhajících profesí, kteří s pracují s klienty, na tento systém potřeb reagují jako na srozumitelnou a schůdnou cestu ke klientům, a to i tehdy, když jejich vzdělání není psychologické.

Teoretická část mé dizertační práce jednak odráží tato východiska a jednak reaguje na témata vzešlá z analýzy rozhovorů.

3 SEBEVRAŽDA

3.1 Vymezení sebevraždy

Pro úplnost tématu považuji za nezbytné alespoň stručně vymežit pojem sebevraždy, která je, jednoduše řečeno, považována za ukončení vlastního života vlastní rukou a z vlastního rozhodnutí.

Definice WHO říká: „sebevražedným aktem je každý akt, jímž si jedinec přivodí fyzickou újmu, ať již jsou nám jeho pravé motivy známe či ne, a bez ohledu na dalekosáhlost úmyslu. Sebevraždou se pak myslí smrt způsobená sebevražedným aktem.”

Viewegh (1996) sebevraždu definuje dvěma znaky: dobrovolným úmyslem ukončit život a cílevědomě zaměřeným jednáním směřujícím ke smrti.

Vágnerová (2008) definuje sebevraždu jako „násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev. Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy.”

Podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 39) je dokonané suicidium charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který si jedinec způsobí sám s vědomým úmyslem zemřít. Připomínají, že tato definice naráží na problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a na ambivalence v úmyslu zemřít.

Koutek a Kocourková (2007) dále vymezují formy suicidálního chování, což jsou suicidální myšlenky, tendence, pokus a suicidium.

Suicidální myšlenky jsou myšlenky zaměřené na sebevraždu, úvahy o tom, jaké by bylo nebýt. Člověk myslí na sebevraždu, intenzita těchto myšlenek je velmi různá. Může jít o myšlenky prchavé, spíše o pomyšlení, ale tyto myšlenky mohou být i nutkavé a intenzivní. Záleží také na tom, jsou-li egosyntonní, nebo egodystonní. Pokud člověk na základě těchto myšlenek začne plánovat, jak sebevraždu zrealizovat, jedná se už o suicidální tendence. V této fázi si dotyčný člověk promýšlí, jakých medikamentů ke svému záměru využije, shání si je či shromažďuje, může si vybírat místo, odkud skočí z výšky nebo pod vlak, může si shánět střelnou zbraň. Pokud plánování a příprava sebevraždy přejde k samotnému sebedestruktivnímu aktu, je tento akt označován pojmem sebevražedný pokus. Má-li tento čin za následek smrt, jedná se o suicidium (Koutek a Kocourková, 2007).

3.2 Příčiny sebevraždy

De Leo a Poštuvan (2017) rozdělují příčiny sebevraždy do čtyř skupin:

- **Biologické příčiny** jsou genetické a neurobiologické, jedná se především o nedostatečné tvoření serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Pomocí je medikamentózní léčba a antidepresiva. Těmi, kdo jsou v první linii pomoci jsou praktičtí lékaři a psychiatři.
- **Psychologické příčiny** – nedostatečné nebo konfliktní osobní vztahy a interakce, zátěžové životní události, nízká sebeúcta, narušené poznávání, myšlení a cítění, pokles vůle a motivace. Zde pomáhá psychoterapie, sdílení, podpora vývoje osobnosti, sebezpřijetí, zvyšování sebeúcty. Záchranou sít' tvoří psychiatři, psychologové, krizoví pracovníci, linky důvěry a svépomocné skupiny.
- **Sociální příčiny** – špatné vztahy, nízké začlenění jedince do společnosti, nedostatečná sít' služeb, psychosociální stres a jeho obtížné zvládnutí. Pomocí je emoční podpora, materiální a ekonomická podpora, nabízení pomoci. Pomůže rodina, vztahy, blízcí přátelé, sociální pracovníci.
- **Duchovní příčiny** – znamenají spojení života s vesmírem, s lidstvem, náboženství. Pomáhá pocit sounáležitosti, porozumění, soucit, modlitby. S duchovními problémy mohou pomoci sdílející osoby, průvodci, duchovní, církve nebo jiný prostor zbožnosti.

3.3 Shneidmanova teorie psychache

Z celé řady psychologických teorií sebevraždy jsem se rozhodla zařadit sem právě Shneidmanovu teorii psychache, kterou považují za pozoruhodnou a která se pro mě stala důležitou oporou při práci se sebevražednými jedinci. Ostatní důležité psychologické teorie sebevraždy jsou uvedeny v příloze č. 1.

Shneidman předložil hypotézu, že sebevražda je téměř v každém případě způsobena bolestí, určitým typem bolesti, kterou nazval psychache (1987, 1998, 2001). Psychache definoval jako generalizovanou psychickou nebo emoční bolest, dosahující neúnosné intenzity. Shneidman byl přesvědčen, že k sebevraždě dojde, když je psychache nesnesitelná.

Podle Shneidmana je sebevražda především dramatem v mysli jedinečného individua (Shneidman, 1977, 1987, 2001). Psychache je zranění, utrpení nebo bolest, které zachvátí mysl. Je skutečně psychická – bolest z příliš pocítovaného studu, viny, strachu, úzkosti, osamělosti, úzkostného strachu, hrůzy ze stárnutí nebo těžkého umírání.

S odvoláním na Murrayho vymezil Shneidman psychologické nebo „psychogenní“ potřeby. Ty se promítají do mnoha oblastí, například do citlivosti, materiálních potřeb, touhy po moci, lásce a informacích. Individuální potřeby jsou nepochybně důležité, avšak existuje předpoklad, že jsou navzájem propojené a v určité míře vzájemné závislé.

Zásadní je Shneidmanovo rozlišení mezi modálními a životními potřebami. Modální potřeby jsou ty, které pomáhají definovat konkrétní osobnost, tedy charakterizují každodenní vztahy a obecně emoční fungování daného jedince. Naopak životní potřeby jsou ty, které jsou považovány za nezbytné k životu, jejich frustrace vede k úvahám o sebevraždě jako o možném řešení. Frustrace nebo blokování životních potřeb je nejvíce patrné v průběhu akutního stresu, který může být způsoben rozpadem manželství nebo přátelství. Shneidman se domnívá, že životní potřeby můžeme rozpoznat dotazováním na zásadní neúspěch, ztráty, odmítnutí (zavržení) nebo ponížení v životě člověka.

Sebevraždu chápe jako akt adaptace, tedy jako úsilí o zmírnění psychache, ne nutně jako touhu ukončit život. Shneidman také tvrdil, že jedinci mají různou kapacitu ustát emoční utrpení, která souvisí s anamnézou jedince tvořící vývojový kontext, který modální a vitální potřeby determinuje. Je zřejmé, že sebevraždnost podle Shneidmana je téměř výhradně psychologickým konstruktem. Většina případů sebevraždy se podle něho vztahuje k frustrovaným potřebám, které spadají do jedné z následujících čtyř kategorií (Shneidman, 1987).

- 1) Zmařená láska, přijetí nebo příslušnost.
- 2) Ztráta kontroly, přílišná bezmoc a frustrace (vztahující se převážně k potřebě dosažení něčeho).
- 3) Napadení sebeobrazu a vyhýbání se studu, prohře, ponížení a hanbě.
- 4) Roztržka, zpretrhaná klíčová přátelství a následný žal.

Tato témata původně identifikovaná Shneidmanem se v různých podobách objevují v dalších teoriích sebevraždy.

Shneidman odlišuje psychache od diagnostických entit, jako jsou deprese nebo beznaděj, a vysvětluje, že psychache vyjadřuje jedinečnou fenomenologickou podstatu sebevraždy. Z tohoto předpokladu vyplývá, že prevence sebevraždy je jednoduchá a jasná. Spočívá v porozumění, rozpoznání a utišení psychache. Nejúčinnějším postupem je zmírnit situaci a uklidnit rozjitřené emoce (Shneidman, 1998). Za důležité Shneidman považuje pomoci sebevraždnému člověku vytvářet alternativy k sebevraždě; rekapitulovat a promýšlet

problém a hledat další možnosti, co udělat. Pravděpodobně nebude problém toho člověka vyřešen tak, jak by si přál, ale může se objevit možnost, jak žít. To Shneidman (2001) považuje za hlavní cíl práce se sebevražedným člověkem.

Shneidman (1998) upozorňuje, že pouze malá menšina případů nadměrné psychické bolesti vede k sebevraždě, ale každý případ sebevraždy pramení z nadměrné psychache.

Shneidman (1998, 1987) na základě svých studií zformuloval deset společných psychologických charakteristik sebevražd.

- 1) Společným účelem sebevražd je hledat řešení.
- 2) Společným *cílem* sebevraždy je *zastavit* vědomí.
- 3) Společným podnětem k sebevraždě je psychologická bolest.
- 4) Společným *stresorem* sebevraždy jsou frustrované psychologické *potřeby*.
- 5) Společnou emoci sebevraždy je *beznaděj – bezmoc*.
- 6) Společným *kognitivním stavem* u sebevraždy je *ambivalence*.
- 7) Společným stavem *vnímání* je u sebevraždy *zúžení (bud' anebo)*.
- 8) Společným *činem* sebevraždy je útěk nebo únik.
- 9) Společným rysem mezilidského jednání u sebevraždy je *sdělování záměru*.
- 10) Společný *vzorec* sebevraždy je v souladu s *celoživotním stylem* zvládání.

4 STARŠÍ VĚK

Každý chce dlouho žít, ale nikdo nechce být starý (Jonathan Swift).

4.1 Vymezení stáří

Stáří je životním obdobím, v němž lidé zažívají úbytek fyzického zdraví, mnohdy i zhoršení psychické zdatnosti, ztrácejí míru samostatnosti a soběstačnosti, na niž byli zvyklí, mění se jejich sociální situace a potkávají je častější osobní ztráty. Senior přichází o své blízké, ale i o vzdálenější lidi. Na tyto náročné situace, ačkoli jsou ve stáří běžné a lze je očekávat, není možné se skutečně připravit. Tyto ztráty bývají zdrojem velkého smutku a také přinášejí jasné sdělení, že „brána smrti je otevřená a nepříliš daleko“ (Erikson 1999, str.108).

Stáří je chápáno jako poslední vývojová etapa v životě člověka (Vágnerová, 2007). Mezinárodně fungující úmluva o demografických hranicích příslušnosti ke kategorii starších osob zatím není k dispozici. Světová zdravotnická organizace přijala pro možnost rozlišení věkových kategorií níže uvedené dělení:

- střední věk: věková kategorie 45-59 let,
- stárnoucí osoby jsou lidé ve věku 60-74 let,
- stará generace jsou lidé ve věku 75-89 let,
- stařecká skupina představuje věk nad 90 let (Dienstbier, 2009).

Počátek stáří pro tuto práci vymezujeme věkem 65 let, tedy tou věkovou hranicí, kterou považuje za počátek senia většina autorů. Opíráme se o rozdělení stáří, jak jej používají gerontologové: mladí senioři (65–74 let), staří senioři (74–85 let) a senioři dlouhověcí nebo velmi staří (nad 85 let) (Haber 2010 a Haškovcová 2010).

V procesu stárnutí můžeme pozorovat výrazné interindividuální rozdíly. Někteří jedinci stárnou rychleji, jiní pomaleji. Setkáváme se i s rozdílností fyzického a psychického stárnutí u jednoho člověka. Někteří lidé jsou mentálně mladí, i když jejich tělo chátrá. Jiní jsou zase v dobré fyzické kondici, ale mentálně jsou velmi staří. Změny, které stárnutí způsobuje, nenastupují u jedince synchronně, ale stárnutí je věcí individuálního charakteru, u každého jedince probíhá jinak a s jinou intenzitou symptomů (Kalvach a Onderková, 2006). Říčan (2004) poznamenává, že biologický nebo funkční věk se od jedince k jedinci velmi významně odlišuje.

4.2 Úkoly stáří

Stárnutí a stáří přinášejí mnohé proměny a výzvy. Velmi záleží na tom, jak je člověk nastaven a vybaven tyto proměny vnímat. Jestli stárnutí, změny vzhledu, úbytek sil a ztrátu rolí člověk vnímá jako něco přirozeného a ohlíží se na svůj život s klidem, vyrovnaností a vděčností, může prožívat mnohem více radosti. Pokud se někdo na nastalé změny zlobí, jestli ho trápí ztráta atraktivit a výkonnosti a zároveň má pocit, že mu život zůstal něco dlužen, je jeho přítomnost trpká. Podle Eriksona (1999) je hlavním úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Součástí této integrity je vědomí, že tohle jsem já, starý člověk na sklonku svého života. Vágnerová k tomu poznamenává, že *„dosažení integrity se projevuje přijetím vlastního života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnaní s vlastním životem usnadňuje i přijetí smrti jako nevyhnutelného důsledku“* (Vágnerová, 2007, s. 299).

4.3 Hodnota stáří

Od stáří a jeho životní zkušenosti očekáváme moudrost, která představuje vnitřní jistotu a klid, umožňuje nadhled a poskytuje schopnost rozpoznávat podstatné od nepodstatného. Moudrý člověk je osvobozený od závislostí všeho druhu, nelpí na ničem, co by mu bránilo vnímat smysl jeho vlastního života a života vůbec. Moudrost však není zadarmo. Je výsledkem smysluplně prožitého života a otevřenosti vůči lidem, předpokládá schopnost druhé lidi vnímat, mít o ně zájem. Musí však být nejen nabízena, ale také žádána, přijímána a oceňována. O moudrost starých mnoho mladých lidí nestojí. Proč tedy pěstovat něco, co je zbytečné?

Někdy nás při pohledu na staré lidi napadá, kam se moudrost stáří poděla. Setkáváme se i se seniory, kteří rozhodně moudře nepůsobí. V průběhu stárnutí se mohou zvýraznit i některé negativní osobnostní rysy a my pak můžeme vidět staré lidi sobecké, nepřátelské a podezřivé. Tyto vlastnosti samozřejmě najdeme v každé věkové skupině. Současní staří lidé nemají k dispozici mnoho modelů, podle nichž by mohli podobu svého užitečného, laskavého a moudrého stáří utvářet. „Staří již nejsou považováni za nositele moudrosti, ale za ztělesnění studu“, říká Erikson (1999, s.109).

Mnozí senioři si nevědí se svým stářím rady. A mladší si nevědí rady se starými. Kdo se po celý život uzavíral a soustřeďoval na konzum, těžko se ve stáří zcela promění. Kdo

pochtivě čelil životním nesnázím, pracoval na svém osobním růstu a myslel na druhé, ve stáří to má k dobru (Havránková a Šusterová, in Vodáčková a kol., 2002).

Stáří samo o sobě není žádným patologickým stavem, ale v průběhu stárnutí a stáří ubývá člověku síl, tělo se opotřebovává a slábne a vyskytuje se více nemocí. Vágnerová (2007) uvádí, že starší lidé mnohdy trpí větším počtem onemocnění. Kromě somatických chorob trápí seniory i psychické potíže, které nejsou vždy rozpoznány a správně diagnostikovány, a tedy ani léčeny.

4.4 Psychické funkce starších lidí

Nezanedbatelné jsou rovněž změny psychických funkcí seniora, k nimž patří:

- zpomalení psychomotorického tempa, nejvíce jsou zpomaleny centrální procesy, spojené se zpracováváním podnětů a rozhodováním se o způsobu reagování,
- změny paměťových funkcí, zhoršení epizodické paměti (zatímco paměť sémantická, se nemění),
- pokles úrovně pozornosti, senior pomaleji přesunuje pozornost a snadněji se unaví,
- změny povahy, některé povahové rysy mohou ve stáří začít dominovat,
- změny emotivity (na jedné straně snížení intenzity emocionálního prožívání, na druhé straně snazší vulnerabilita a snadněji vybavitelné zevní projevy emocí, např. pláče).

(Kramářová a Tuček, 2005).

Ochrannou funkci má tzv. kognitivní resilience, představující schopnost odolávat změnám a následně je zvládat. K rozvoji těchto adaptivních strategií vede úbytek schopností. Tyto strategie fungují jako kompenzace, i když pouze částečně. Kognitivní resilience je ovlivňována zachovanými psychickými kompetencemi a osobnostními charakteristikami jedince. Působí na ni i jeho tělesné zdraví a vliv psychosociálních faktorů, především postoj a očekávání jeho sociálního okolí. Kognitivní resilienci podporují některé charakteristiky jedince, jeho houževnatost, svědomitost, flexibilita, kreativita, otevřenost vůči novým situacím a zážitkům nebo podnětům. (Vágnerová, 2007).

4.5 Syndrom EAN (Eldery abuse and neglect)

Senioři, zvláště ti křehcí, jsou zranitelnou skupinou, v níž se vyskytují různé formy zneužívání a týrání. Syndrom EAN, tedy syndrom týrání, zneužívání a špatného zacházení se seniory je považován za celosvětově závažný problém, patřící k extrémním formám věkové diskriminace. Je popisován jako samostatný nebo opakovaný akt nebo nedostatek přiměřené

aktivity, který se děje v situacích, kde je s důvěrou očekávána, což vede k prožívání bezpráví, způsobuje poškození, zranění, bolest či strach starých lidí (Daichman, 2005, in Pavlatová 2018). Takové zážitky mají na seniora velký dopad. Taková zkušenost je těžká nejenom sama o sobě, zničující je to, že se děje v prostoru očekávaného bezpečí, doma, v domově, ve zdravotnickém zařízení.

Odkrýt skutečnost EAN nebývá jednoduché, pro starého člověka v roli oběti bývá velmi složité se s touto skutečností někomu svěřit. Brání jim stud, pocity viny i strach. Zneužívání starých lidí může mít podobu fyzického týrání (bití, znehybnění, vystavování chladu), zanedbávání (neposkytnutí jídla, hygieny), psychického týrání (urážky, znevažování) i finančního zneužívání (odebírání důchodu nebo majetku). Může ale docházet i k sexuálnímu zneužívání, ať už v domácím prostředí, nebo v institucionální péči. Syndrom EAN se nejspíše nastává v situacích, v nichž je senior velmi závislý na někom, kdo má přístup k jeho financím a dobrý přehled o jeho kontaktech. Týká se velmi často seniorů, kteří jsou nemocní a potřebují velkou míru pomoci (Harwood, 2007).

Nejčastěji týrání či zanedbávání způsobují nejbližší lidé oběti, mezi které patří členové rodiny, zejména pak dospělé děti či partner. Stává se ale také, že se týrání či zanedbávání odehrává i v institucích a podílí se na něm personál zdravotnických či sociálních zařízení, do jejichž péče byli staří lidé svěřeni (Havránková, in Vodáčková, 2002, s. 294).

Je-li člověk vystaven zneužívání a týrání, výrazně to ovlivňuje, jeho vnímání sebe. Je otřesena jeho sebedůvěra, důvěra, oslaben pocit bezpečí, objevují se stavy bezmoci a bezvýchodnosti. Odtud už je velmi blízko k sebevraždě. EAN je jedním z rizikových faktorů sebevraždnosti seniorů, na který je nutné zaměřit pozornost nejen pomáhajících pracovníků (Puchálková, 2014).

Zneužíván či týrán může být senior v domácím prostředí. Někdy se EAN odehrává mezi partnery nebo manžely. Dříve despotický člen páru je hendikepován, a ten druhý mu to vrací, ať už vědomě, nebo nevědomě. Nebo se u partnera, na němž je senior závislý, rozvíjí demence nebo dochází k povahovým změnám. Jindy je to někdo z dětí či vnuků, kdo ztrácí trpělivost a začne se k seniorovi chovat špatně, dávat najevo, že mu překáží. Chce třeba jeho byt nebo dům. Těžké věci zažívají staří lidé se závislými nebo duševně nemocnými potomky.

Kalvach (2012) upozorňuje, že k nevhodnému zacházení s geriatricky křehkými pacienty v dlouhodobé ústavní péči dochází častěji, než je veřejně známo. Děje se to zejména ponižováním, nerespektováním soukromí, důstojnosti, omezováním pohybu mimo zařízení, nadměrnou medikací a mechanickým omezováním (kurtováním) nebo dáváním postranic po celé délce lůžka, zanedbáním výživy, vystavováním chladu za trest atd. (Kalvach, 2012).

4.6 Ageismus

Západní společnost adoruje mládí, krásu, výkonnost a úspěšnost. Těmito kvalitami stáří nedisponuje. Staří lidé jsou často rozpačitě přehlíženi až ignorováni, stáří bývá spojováno s negativními kvalitami. Mladí nechtějí zestárnout.

I když se ageismus týká i jiných životních období, typicky dětství a adolescence, většinou je spojován se stářím. Haškovcová (2010) elegantně formuluje, že ageismus je postoj, vyjadřující obecně sdílená přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a seniorů. Vágnerová (2007) k tomu poznamenává, že současný postoj společnosti ke starým lidem a ke stáří je převážně negativní, odmítavý a podceňující. Období stáří je chápáno jako čas, kdy člověk pouze chátrá, v nejlepším případě si uchovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti ani kompetence nejsou považovány za významné, starý člověk není z pragmatického pohledu považován za přínosného. Bozděchová (2015) připomíná, že ageistické předsudky, mýty a projevy umocňují ostrakizaci starších lidí. Edison (1999) k tomu říká, že tím, že naše civilizace není schopna nabídnout dobrý ideál stáří, neposkytuje bezpečný koncept celistvosti života.

Někteří autoři uvádějí, že euthanázie a asistovaná sebevražda jsou prostředky ageismu (Osgood, 2000).

Je poněkud paradoxní, že v době, kdy staří lidé nemají ve společnosti dobré místo, vážnost a nedostávají skutečný zájem, se lidský život významně prodlužuje. To je dáno životními podmínkami, stylem života, úrovní lékařské péče a mnoha dalšími faktory. Kalvach a Onderková (2006) uvádějí, že lze předpokládat výrazné prodloužení lidského života. Otázkou podle nich zůstává, kolik ze svého takto „získaného“ času prožije člověk v dobrém zdravotním stavu.

5 SEBEVRAŽDY SENIORŮ

5.1 Mýty a fakta o suicidalitě seniorů

Objevuje se názor, že sebevražda ve vyšším věku je pečlivě promyšlená, že jsou u ní dobře zváženy důvody pro a proti, a tedy že je "racionální", pochopitelná a omluvitelná (De Leo a Marietta, 1997).

Granello a Granello (2007) tuto představu, že suicidální jednání seniorů má výhradně racionální důvody, uvádí jako jeden z mýtů, zkreslujících pohled společnosti na problematiku sebevraždy starších lidí. Člověk se rozhodne ukončit svůj život, aby předešel narůstajícím psychickým i tělesným problémům. Racionální úvaha však obvykle není důvodem k sebevraždě. Příčinou bývá deprese, kterou je možné léčit.

Dalším z uvedených mýtů, ovlivňujících postoje společnosti k suicidalitě seniorů, je mylné očekávání, že senior má dostatečnou kapacitu ustát své krize, aniž by jednal sebevražedně, pokud v předchozím životě náročné situace unesl. Riziko sebevraždy je dáno spíše depresemi a sociální izolací. Lidé, kteří ztratili svého životního partnera, ať už jeho úmrtím nebo rozvodem, jsou třikrát více ohroženi sebevraždou než osoby žijící v partnerství.

Granello a Granello (2007) dále uvádějí, že sebevraždami jsou nejvíce ohroženi starší lidé, zejména muži nad 65 let. Suicidalita v této věkové skupině je 40 sebevražd na 100 000 osob, u mužů v dospělém věku to je 6 sebevražd na 100 000 osob. Granello vychází ze statistik Spojených Států z roku 1998 a tvrdí, že starší lidé mají větší počet dokonaných sebevražd (2007). Odhaduje se, že mezi 50 až 200 pokusy je pouze jeden smrtelný, kdežto u osob nad 65 let, se jedná o dokonanou sebevraždu již mezi dvěma až čtyřmi pokusy. Česká republika je ale na tom podobně.

V počtu dokonaných sebevražd právě v kategorii šedesát pět plus je v posledních letech zaznamenán nárůst. Senioři ve většině průmyslově vyspělých zemí vedou v počtech sebevražd (Draper, 2014). Vědci tak začali hovořit o epidemiologii sebevražd a upozorňují na nezbytnost tuto situaci reflektovat a řešit vzhledem k celosvětovému stárnutí populace.

Pedrosa a její spolupracovníci ve své studii charakteristik, rizikových faktorů a preventivních programů týkajících se sebevražd seniorů uvádějí, že sebevražedné myšlenky jsou mezi staršími lidmi obvyklé. Upozorňují na to, že riziko sebevraždy je u lidí ve věku od 65 let v několika zemích nejvyšší. Také letalita suicidálních pokusů narůstá se zvyšujícím se věkem a riziko, že sebevražedné úvahy vyústí v jednání je u starších lidí vyšší. (Pedrosa, Duque a Martins, 2017).

Sebevražedné chování si odporuje s pudem přežití. Mnozí lidé jej vnímají jako naprosto nepřírozený akt. Někdo sebevraždu vidí jako extrémní volbu, někteří ji považují za bezpodmínečné odsouzení k smrti, bez ohledu na její vývoj. Sebevražda ve stáří se ani z tohoto úhlu pohledu neliší od sebevraždy v jiném věku. Vyvolává stejné reakce, k nimž je vlivem kultury ageizmu dodáno, že sebevražda ve vyšším věku je produkt pečlivého zvažování výhod a nevýhod, je racionální a srozumitelná, a proto omluvitelná (De Leo a Marietta, 1997).

5.2 Rizikové faktory suicidality seniorů

Suicidalitě seniorů se donedávna nedostávalo mnoho pozornosti. Přestože nemáme k dispozici dostatek studií, v posledním čtvrt století byly některé výzkumy v této oblasti uskutečněny, což nám umožní rizikové faktory sebevražednosti seniorů shrnout (Bozděchová, 2017).

Mnoho autorů zkoumalo faktory rizikové pro sebevraždu vyššího věku. Riziko sebevraždy ve stáří zesilují faktory zahrnující demografické charakteristiky, psychopatologii, osobnostní rysy, předchozí sebevražedné chování, fyzická onemocnění a invaliditu, zátěžové životní události a přístup k smrtícím prostředkům (Heisel, 2006). Navíc se na etiologii zejména impulzivních sebevražd seniorů podílejí genetické faktory, které během stárnutí interagují s psychickými změnami. Sebevražedné rizikové faktory ve stáří se významně neliší od ostatních věkových skupin, avšak "sebevražda na sklonku života se vyznačuje menší varovností, vyšší letalitou a větším výskytem depresí a tělesných nemocí" (Salib at al., 2005, s. 71, in Wasserman a Wasserman, 2009).

Pedrosa a spolupracovníci (2017) postulují, že sebevražda u seniorů se zdá být multifaktoriální. Uvádějí, že 46-86% starších lidí, jejichž sebevražda byla dokonaná, v posledních týdnech vykazovalo známky deprese. Jako další rizikové faktory uvádějí úzkost, mužské pohlaví, vyšší vzdělání, obsedantní osobnostní rysy, špatnou sociální integraci, zátěžové životní události, zejména smrt manžela, zdravotní stav a neurokognitivní dysfunkce.

Sebevražednost starších rozhodně nelze vysvětlovat pouze racionalitou a logickým myšlením. Seniorsy ohrožují rizikové faktory, které ovlivňují suicidalitu celé populace. Svůj nepochybný význam zde má deprese, fyzické onemocnění, neúnosná bolest nebo abúzus alkoholu či drog, osamělost, sociální izolace, ale také nízký ekonomicko – sociální status.

Stáří není snadnou fází života. Naděje a ideály jsou z velké části nahrazeny realismem a konkrétností, senioři jsou nuceni překonávat mnohé překážky, které jim přinášejí nároky každého dne. U nemocných starších lidí se objevuje další složitost. U vícečetných diagnóz je

nezbytné užívat mnoho léků najednou, což vyžaduje speciální kvalifikaci lékařů. Psychologické problémy seniorů jsou také obtížně léčitelné. Jako rizikový faktor pro sebevraždy starších u mnoha národů celého světa byl označen nízký socio – ekonomický status (Berk, in Wasserman a Wasserman, 2009).

5.2.1 Psychopatologie u sebevražedných seniorů

Za nejsilnější prediktor sebevražedného myšlení, pokusů (Draper, 1996) i fatálního sebevražedného chování (Turvey et al., 2002) je považována deprese. Barnow a Linden (2002) zjistili u diagnózy velké deprese čtyřicetkrát větší riziko sebevražedného chování. Při výskytu jiné psychiatrické nemoci bylo toto riziko pouze třikrát vyšší.

Sebevražednost se také váže na významný počet starších lidí s dysthymií, malou depresí (Waern at al., 2002). Významnou roli v sebevražednosti seniorské populace hraje deprese ve vyšším věku (jinak deprese pozdního věku, stařecká deprese či subsyndromální deprese), která se vyskytuje od 65 let výše.

Jak uvádí Češková (2007), depresivní porucha, vznikající ve věku nad 65 let, závisí na genetických, biologických a psychosociálních faktorech. K biologickým faktorům patří především změny v CNS. V období stáří dochází v mozku ke strukturálním a funkčním změnám, které mohou vznik deprese ovlivnit. Ve vyšším věku mají biologické faktory významnější vliv na vznik deprese než genetické. Deprese se v geriatrické populaci vyskytuje velmi často, nemocným způsobuje značné omezení a zneschopnění. Těžkou depresí trpí asi 15 % seniorů, kteří žijí v domovech důchodců, mírnou depresí trpí pak asi 40 % residentů (Češková, 2007, s. 228). Češková (2007) dodává, že deprese u seniorů často není diagnostikována ani léčena, což nepříznivě ovlivňuje riziko jejich suicidálního jednání. Granello a Granello (2007) odhadují, že odpovídající léčbu dostává přibližně 10 % seniorů s depresí.

Deprese ve vyšším věku je často provázána se ztrátou, která se stává jejím spouštěčem. Bývá to ztráta blízkého člověka, fyzických sil, pohyblivosti, domova, sociální role apod.

Deprese ve vyšším věku bývá bohužel často přehlížena, protože jsou její příznaky mylně připisovány procesu stárnutí. Projevy této deprese jsou mnohdy maskovány somatickými potížemi (zažívací problémy, nespecifické bolesti, potíže s mikcí a defekací). Navíc se senioři mohou obávat stigmatizace v souvislosti s psychickými problémy, čímž možnost rozpoznání deprese znesnadňují (Monette, 2012).

Závažnost deprese koreluje s úrovní sebevražedných úvah ve stáří (Heisel, 2006) a narůstajícím rizikem sebevražd.

Úzkostná onemocnění ve vyšším věku mohou rovněž představovat vysoké riziko sebevraždy, zejména v případech úzkostně – depresivního syndromu (De Leo, 1997).

Sebevražedné myšlení i chování může také souviset s osobnostními poruchami seniorů, i když poruchy osobnosti v souvislosti se sebevraždami se objevují častěji u mladších jedinců. Abúzus alkoholu byl identifikován jako významný rizikový faktor u starších sebevrahů (mužů i žen) v anglosaských zemích a ve Skandinávii. Abúzus alkoholu v kombinaci s depresivním onemocněním ve stáří je rovněž rizikovým faktorem sebevražednosti. Není ale snadné rozpoznat, jestli abúzus alkoholu vyplývá z deprese, nebo zda je alkohol použit jako způsob zvládnání symptomů afektivního onemocnění (De Leo, Draper a Kryszynska, in Wasserman and Wasserman, 2007).

Demence za rizikový faktor pro sebevraždu považována není (De Leo 1996). Pokud je demence přítomna, je obvykle mírná s přidruženou depresí. U některých seniorů mohou vést k impulzivním, špatně plánovaným pokusům poškození čelního laloku. Deprese může být v závěru života prodromem demence, proto bude potřebné tyto souvislosti znovu prozkoumat (De Leo, Draper a Kryszynska, in Wasserman a Wasserman, 2007).

Uvedená zjištění si vyžádala vytvoření Škály deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale), která slouží k identifikaci depresivních příznaků u seniorů. Její slabinou ale je, že neobsahuje žádnou otázku na sebevražedné myšlenky.

Viewegh (1996) upozorňuje, že ačkoli sebevražda často provází psychické poruchy, není vždy jejich symptomem. „*Stále větší počet psychiatrů připouští možnost, že se sebevražedné jednání vyskytuje i u jedinců bez patrných známek duševní nebo tělesné poruchy*“ (Viewegh, 1996, s.48).

Zkušenost nejen má, ale mnoha kolegů z oblasti krizové intervence, potvrzuje, že sebevražedná tematika se objevuje v rámci krize u lidí, kteří žádným duševním onemocněním netrpí.

5.2.2 Sociální izolace a opuštěnost

Výraznými rizikovými faktory, které je často možné identifikovat u seniorů, jejichž sebevražda byla dokonána, jsou sociální izolace a opuštěnost (Draper 2014). Sociální izolaci rozumíme nedostatečnou sítí sociálních vztahů nebo společenské podpory, která ve stáří často řídne. Potřeba sociálního kontaktu je pokládána za základní sociální potřebu v každém věku (Tylová, Kuželová a Ptáček, 2014).

Vrstevníci, přátelé, sourozenci a další příbuzní postupně mizí ze života starého člověka. Někteří zemřou, někteří onemocní, ztratí pohyblivost, někdo se ztratí z jakéhokoliv kontaktu rozvojem demence. Ale není neobvyklé, že senioři sami nemají příliš mnoho chuti a energie, mnohdy ani fyzických možností někoho vyhledávat. Uzavírají se do svého světa, do něhož není snadné proniknout, zejména pro lidi, kteří dříve do sociální sítě dotyčného člověka nepatřili. Jak říká Vágnerová (2007), v rámci úbytku sil i osobní pohodlnosti staří lidé často své sociální vazby a vztahy eliminují. Starší senioři mají zájem uchovat si své spolehlivé a stabilní emocionální vazby, které jsou jim zdrojem opory, postupně však dochází k redukci jejich sociální sítě (Tylová, Kuželová a Ptáček, 2014). Podle Vágnerové „*paralelně s touto tendencí narůstá emoční význam nejbližších lidí: příbuzných a přátel. Staří lidé na nich ulpívají jako na výlučném zdroji své jistoty a anticipovaného bezpečí a případnou separaci či ztrátu prožívají jako silný stres*“ (2007, s. 412).

Úbytek sociálních vazeb a kontaktů sám o sobě neznamena osamělost. Osamělost je stav subjektivního charakteru (Haškovcová, 2010). Mnozí lidé si připadají osamělí, i když nejsou úplně sami, ve skutečnosti mají kolem sebe blízké osoby. Osamělost je dána způsobem vnímání a hodnocení našich vlastních sociálních, mezilidských interakcí (Vágnerová, 2007).

Sýkorová (2007) uvádí tři aspekty, které jsou určující pro stav osamělosti. Stav osamělosti by měl být vnímán subjektivně, tedy samotným jedincem, neboť se jedná o jeho vlastní interpretaci dané situace a o pocity, které v něm tato interpretace vyvolává (nejistota, strach, beznaděj). Osamělost je tedy výsledkem nedostatků v interpersonálních interakcích (v kvantitě i kvalitě). Osamělost jedinec vnímá jako nepříjemnou, nechtěnou a jím nevyhledávanou. Pocity osamělosti jsou zdrojem negativních emocí, jako je zoufalství, strach, depresivní ladění, melancholie nebo sebelítost.

Košnarová (2015) ve svém výzkumu zjistila, že ženy, které se cítí osamělé, mají často nízké sebevědomí, na svou situaci rezignovaly, chybí jim motivace ke změně a jejich nejvíce nenaplněnou potřebou je potřeba sdílení, tedy potřeba sounáležitosti. S tím souvisí nedostatek podpory, zájmu a porozumění. Mají pocit, že se cítí osamělé proto, že v životě selhaly. Toto zjištění se netýká pouze žen v seniorském věku, nicméně tyto potřeby u starších lidí také nacházíme.

Naproti tomu charakter samoty je objektivní a zvenčí pozorovatelný. Ne vždy je samota nežádoucí. Někomu vyhovuje, že není vyrušován ze svého klidu. Záleží však na tom, zda se dotyčný jedinec k samotě sám rozhodl a vědomě omezil kontakty s druhými lidmi, nebo jestli je sám z důvodů, které nedokáže změnit. Může jít o člověka, který ovdověl, je bezdětný a žije na samotě, může to být někdo, kdo se stal hašteřivým a podezřívavým a

všechny lidi kolem sebe odradil, může to být jedinec, který si čím dál méně věří, má strach, že bude druhými posuzován, že vyjde najevo, jak je nemožný atd. Kdo žije sám z vlastní vůle a vyhovuje mu to, nemusí se vůbec cítit osamělý.

Jak uvádí Hučín (2005), lidé samotu obvykle volí proto, aby získali určitou hodnotu. U osamělosti se však tyto zamýšlené nebo již nabyté hodnoty vytrácejí, aniž by byly nahrazovány jinými adekvátními hodnotami (např. úmrtí partnera apod.).

Pojem opuštěnost má ještě jiný význam. Zatímco o osamělosti hovoříme, „když určitá osoba považuje své zapojení do sociálních vztahů za slabší a méně uspokojivé, než by si sama přála“, opuštěnost bychom mohli vyjádřit jako pocit ztráty všech lidí. Člověk si připadá na světě úplně sám, protože přišel o všechny fungující sociální vztahy.

Sociální izolace a opuštěnost souvisí nepochybně s jinými faktory, nejčastěji jsou zmiňovány stresové životní situace. Tuček a Chodura (2007) dávají opuštěnost do souvislosti se zvýšenou sociální anxiétou nebo stydlivostí v sociálních interakcích. Osamělost rozdělují na izolaci sociální (z hlediska sociálního) a izolaci emocionální (z hlediska psychologického).

U některých seniorů převažuje touha po soukromí a snaha schovat se před společností do vlastního vnitřního světa. Pokud se jedná o tzv. dobrovolnou sociální izolaci, je nezbytné tento postoj seniora přijímat s respektem jako jeho dobrovolné rozhodnutí. Přitom je důležité, aby senior věděl, že se má v případě potřeby kam obrátit pro pomoc a podporu (Kramářová a Tuček, 2005).

5.2.3 Nemoci

Nemoci patří k nepřímým faktorům v suicidalitě seniorů. Není jasně prokázáno, jakou roli hrají různá onemocnění ve vztahu k sebevraždě, v mnoha výzkumech se často uvádí jako významná rakovina (Turvey 2002). Ta se patrně stane rizikovou tím, že vyvolá depresi. Vypadá to, že určující není ani tak typ nemoci, jako počet přítomných nemocí, kterých ve stáří přibývá (Juurling et al. 2004). Juurlink ukázal, že pacienti, u nichž se vyskytovaly tři choroby, měli ve srovnání se zdravými seniory průměrně trojnásobný nárůst odhadovaného relativního rizika sebevraždy. Starší lidé, kteří měli sedm a více nemocí, měli dokonce průměrně devítinásobnou pravděpodobnost zvýšení rizika sebevraždy.

5.2.4 Bolest

Dalším rizikovým faktorem je dlouhotrvající bolest. Riziková je především pro muže, podle výsledků studie Li a Conwella (2010) silné bolesti u mužů seniorů, využívajících domácí asistenční službu, zvýšily riziko sebevražděného uvažování. Chronická bolest je v

otázce suicidality seniorů brána spíše jako okrajová záležitost, přesto Karp a jeho kolegové (2005) odhalili souvislost bolesti a deprese, které se v tomto spojení ukázalo jako rizikový faktor. Prání zbavit se bolesti se u starších lidí často objevilo v dopisech na rozloučenou. Juurlink (2004) ve své studii rovněž našel signifikantní spojení bolesti a suicidálního rizika, a tím upozornil, že bolest patří na seznam rizikových faktorů, které je nutné sledovat.

Kromě bolesti fyzické je nutno v této souvislosti připomenout bolest psychickou, utrpení, které dokáže být nesnesitelné, neúnosné a které Shneidman (1987, 1998, 2001) nazval psychache. Tato bolest bývá příčinou sebevražedného jednání. Také Baumeister (1990) říká, že sebevražda je vedena touhou uniknout z nesnesitelné psychické bolesti.

Závislosti Waern (2003) uvádí jako významný rizikový faktor u starších sebevrahů v anglosaské a skandinávské oblasti abúzus alkoholu, a to stejně pro muže i pro ženy (Waern 2003). Souběh abúzu alkoholu a depresivního onemocnění se také jeví jako rizikový, i když není jasné, jestli abúzus alkoholu vyplývá z deprese, nebo zda je alkohol použit jako způsob zvládání jejích symptomů.

5.2.5 Nízký ekonomický status

Rizikovým faktorem pro sebevraždy starších jedinců u mnoha národů celého světa byl označen nízký socioekonomický status. Ukázalo se například, že vysoká míra sebevražednosti mezi staršími lidmi na čínském venkově patrně souvisí s omezenou dostupností zdravotnické péče, závažnými útrapami každodenního života, včetně absence důchodu a velmi omezené podpory státu (Wasserman a Wasserman 2009). Maliňáková (2014) zjistila, že na seniorské tísňové linky (Elpida a Život 90) se obrací mnoho seniorů, jejichž suicidální úvahy byly způsobeny finančními problémy. Není výjimkou, že tyto problémy mohou být vyhroceny až do různých exekucí a nuceného vystěhování. Zadluženost seniorů bývá způsobena nadměrnou finanční pomocí dětem nebo dalším příbuzným, které je někdy poskytováno dobrovolně, někdy je senior finančně využíván. Občas jsou finanční potíže následkem života o samotě, kdy není jednoduché platit nájem bytu z jednoho důchodu. Přestěhování ale bývá pro seniora velmi obtížné emočně i prakticky.

5.3 Protektivní faktory

O faktorech chránících před sebevraždou u starších generací není zatím dostatek výzkumů. Zdá se, že ochranný účinek toho, že mají děti, ve stáří slábne (Salib et al., 2004) a orientace a postoje genderové role ovlivňují hladinu sebevražedných myšlenek napříč generacemi (Hunt et al., 2006).

Studie kvality života ve stáří (De Leo et al., 1998) ukázala, že s životní spokojeností korelují intelektuální podněty, dobrá fyzická kondice, uspokojivé sociální vztahy, zbožnost, optimizmus a finanční zabezpečení. Jiné studie (např. Awata et al., 2005) dokládají, že riziko sebevraždy u seniorů mohou snižovat náboženská víra, dobré mezilidské vztahy a podpora, ale i zapojení do komunitní aktivity. Dzúrová a Dragomirecká (2002) zmínily nízký výskyt sebevraždy v zemích s vyšším podílem osob katolického vyznání a ukázaly, že i v českých zemích lze tento vliv pozorovat. Dále říkají, že nejnižší míru sebevraždy mají osoby žijící v manželství, což souvisí s příznivým vlivem sociálního začlenění, ale také s procesem selekce, kdy do manželství méně často vstupují osoby s duševním onemocněním nebo se závislostí na psychoaktivních látkách, popřípadě jinými problémy, které jsou rizikovými faktory sebevražedného jednání.

6 SKRYTÁ SEBEVRAŽDA

To, co se mi ve světle zkušeností z telefonické krizové intervence jevílo vždy jako alarmující, bylo uvažování a někdy přímo odhodlání starých lidí život ukončit, a přitom to navléknout jako přirozenou smrt nebo nešťastnou náhodu. Po sérii rozhovorů tohoto typu ve mně začalo klíčit podezření hraničící s jistotou, že existuje určitý (možná dost značný) počet seniorských sebevražd, které zůstanou skryté, nerozpoznané, nejsou zaneseny do statistik, a tím pádem nemohou přitáhnout patřičnou pozornost odborné veřejnosti k tomu, co se děje starším lidem uvažujícím nebo jednajícím sebevražedně, čeho se jim nedostává a co by jim mohlo pomoci ustát krizové nebo dlouhodobě zatěžující situace. Jsem přesvědčená, že kdyby vyšel najevo skutečný počet seniorských sebevražd, podnítilo by to potřebu společnosti tímto tématem se seriózně zabývat. Bohužel v kontextu sebevraždy je statistika vždycky nepřesná, ochuzená o ty údaje, které zůstaly skryté. Nejen u seniorů.

Nebezpečnou okolností je, že starší lidé, chystající se na suicidium, zvláště ti dlouhověcí, svůj dobrovolný odchod ze života precizně promýšlejí a připravují, nic neponechávají náhodě. Pokud chtějí využít jako sebevražedného prostředku medikamentů, např. hypnotik, antidepresiv, benzodiazepinů atd., trpělivě si vytvářejí jejich zásoby a mluví o tom, že jim jejich lékař pokaždé napíše další recept.

Sebevražedná 67letá lékařka, která se dostala do stavu zoufalství poté, co ji opustil manžel, měla doma připravený vysoce toxický medikament, který byl její zálohou. Kdyby nemohla vydržet, aplikovala by si jej do žíly a během dvou minut by to „měla za sebou“.

Podobně 72letá žena, jejíž pohyblivost se rapidně zhoršila po mozkové mrtvici, schovávala léky na spaní a říkala, že je to pro ni pojistka poskytující uklidnění. V případě zhoršení svého stavu by mohla léky spolykat a ušetřit sobě i své rodině trápení. Bála se komplikací a představovala si, co všechno by mohlo nastat, zároveň ale pilně rehabilitovala.

Stejně pečlivě si lidé dovedou hledat místo, odkud skočí. *Zasmušilý 80letý muž, který ovdověl, cítil se velmi osamělý, a navíc se dostal se do nepříznivé finanční situace, mluvil na lince důvěry o tom, že se chystá svůj život ukončit skokem z výšky. Na otázku, jestli už přemýšlel odkud by skočil, odpověděl: „Samozřejmě! Už šest týdnů chodím na to svoje místo každý den. Je tam nádherná, nepopsatelná atmosféra, tam bude krásná smrt“.* Tento muž byl evidentně fascinován smrtí a byl ve svém rozhodování hodně daleko.

Zároveň tito lidé často promýšlejí, jak zahltit stopy, aby nikoho nenapadlo, že šlo o sebevraždu. Mnozí z nich nechtějí nikomu ublížit a nemají potřebu vyvolávat ve svých dětech

nebo pečujících pocity viny za svou smrt, ale ani netouží, aby jejich odchod ze života někdo probíral.

Mnohdy ani nelze jednoznačně říci, zda u zemřelého člověka byl nebo nebyl úmysl život ukončit. Pokud nemáme k dispozici dopis na rozloučenou, zůstáváme v nejistotě. V případě předávkování medikamenty zůstává nezodpovězena otázka, jestli si dotyčná osoba vzala více léků omylem, z roztržitosti, nebo proto, že se potřebovala dobře vyspat, anebo se už nikdy nechtěla probudit, měla záměr svůj život ukončit. Podobně je to u pádů z výšky. Byl to úmyslný krok, nebo přešlap? Ztratil ten člověk rovnováhu? Chtěl se zabít, nebo prostě neodhadl situaci?

Přibližně 30-40 % starších sebevrahů zanechá dopis na rozloučenou, u všech věkových skupin zanechává dopis na rozloučenou 15–42 % sebevrahů. Zanechání dopisu sebevraha je považováno za známku závažnosti záměru zemřít, jeho absence však nesvědčí o méně vážném pokusu, zejména mezi starými sebevrahy. Může to být známka velké únavy, suicidující starý člověk mohl ztratit schopnost se vyjádřit. Stejně tak může jít o situaci izolace a opuštěnosti, dotyčný senior možná nemá komu napsat. (Wasserman a Wasserman, 2009).

6.1 Psychologická nebo psychosociální autopsie

Touto otázkou se zabýval už v 50. letech minulého století Edwin Shneidman (1998), který k jejímu objasnění vypracoval metodu tzv. psychologické pitvy nebo autopsie. Cílem psychologických autopsií bylo původně vyjasnit informace o okolnostech a kontextu smrti určitého člověka, měly pomoci koronerovi určit, jestli příčina smrti byla přirozená, nebo to byla nehoda, sebevražda či vražda. Tato metoda byla navržena jako retrospektivní studie, narativní rekonstrukce. Provádí se dotazováním lidí, kteří zemřelého člověka znali, důležité je zjistit, co dělal a o čem mluvil v posledních dnech před smrtí. Je to snaha zrekonstruovat osobnost člověka zemřelého za nejasných okolností. Tato psychologická pitva někdy pomůže identifikovat sebevražedné signály.

Někdy jsou to signály verbální, jejichž význam lidé často pochopí až po uskutečnění sebevražedného aktu a říkají, že jim to mělo dojít, že mohli slyšet náznaky. Nebo lze rozpoznat behaviorální signály, kdy třeba pár dnů před smrtí dotyčný člověk navštívil notáře, sepsal závěť, nebo udělal pořádek v záležitostech, kterých si dlouho nevšímal, telefonoval lidem, s nimiž dlouho nemluvil, daroval něco, co velmi potřeboval, nebo na čem lpěl apod. To některé případy pomůže objasnit, nad některými ale zůstane dál viset otazník.

V současnosti se má za to, že hlavní výhodou psychologických a psychosociálních autopsií je shromažďování a analýza kontextualizovaných informací, které mohou být využity

pro vytvoření preventivních opatření sebevraždy. U potenciálně ohrožených seniorů je nejdůležitější pochopit vzájemnou interakci mezi proměnnými (psychiatrické nebo klinické příznaky, rizikové a ochranné faktory, osobnostní rysy, události, rodinná soudržnost, péče o zdraví). (Cavalcante a kol., 2012).

6.2 Ambivalence

Ani po nezdařeném sebevražděném pokusu není snadné jednoznačně zjistit, jaký záměr měl suicidující člověk. Někdy je to jasné přitakání touze zemřít, odejít, mít už klid, jindy zase zděšení, kde se to vzalo, co to bylo za nápad. Zděšení se pochopitelně častěji váže k případům zkratkovitého jednání, náhlého impulzu. Mnohokrát se ale můžeme přesvědčit, že dotyčný člověk sám tápe. Není schopen říci, zda chtěl nebo nechtěl zemřít. Zpětně už není schopen propojit se s tou emocí, která ho k činu vedla. Tato nejasnost je odrazem ambivalencí, které jsou přítomny u každé sebevraždy. Něco v člověku chtělo zemřít, ale něco chtělo žít. Není snadné zjistit, v jakém poměru tyto dvě tendence byly, vyznat se v tom.

6.3 Podregistrace sebevražd

Data o sebevražděnosti na našem území jsou shromažďována už od roku 1876. Ale i na stránkách ČSÚ nacházíme sdělení, že jejich výpovědní kvalitu je nutno brát s rezervou. Vlivem postojů společnosti a vlivem křesťanské morálky byla řada sebevražd (zejména na vesnicích) označena za nehody nebo přirozená úmrtí (ČSÚ 2015). Pozůstalí po sebevrahovi buď nebyli schopni uvidět či přiznat si, jak ke smrti došlo, nebo suicidium zapřeli, zahladili stopy, aby nevzbudili pozornost a nevystavili sebe ani zemřelého pomluvám nebo odsouzení. Dříve šlo o to, aby mohl být zemřelý pochován do svěcené půdy hřbitova, ne za hřbitovní zed'.

Podhodnocenost (podregistrace) dat je dána také tím, že se do statistik nedostanou nejen ta úmrtí, u kterých není jednoznačně prokázáno, že šlo o sebevraždu, ale ani takzvané pasivní sebevraždy (Bozděchová, 2017).

Máchová, Průchová a Velemínský (2010) upozorňují, že problematika suicidiálního jednání seniorů začíná být závažná a že její řešení nebude snadné. Tito autoři diskutují otázku, jestli je prevence tohoto jevu v současné společenské situaci u nás vůbec možná. Zatím je opomíjena. Ve svém výzkumu se setkali s mnohými překážkami, jednou z nich byla podregistrace. Domnívají se, že podregistrace je u starších lidí vyšší než u mladších, už jenom proto, že mnozí senioři volí takové způsoby sebevraždy, kde úmrtí není zaznamenáno jako suicidium (např. odmítají životně důležité léky).

7 JINÉ FORMY AUTODESTRUKCE

7.1 Nepřímá sebevražda

Nelze přehlédnout, že existují i jiné způsoby, jak si zkrátit život jinak než sebevraždou. Tyto případy nazval Shneidman nepřímou sebevraždou, podprahovým zaměřením na smrt. Týká se lidí, kteří velmi riskují, vystavují se nebezpečí, jejichž zdravotní návyky jsou nebezpečné, kteří se jeví jako sví vlastní nejhorší nepřátelé. Upozorňuje, že můžeme nejen zkrátit délku života, ale můžeme také zúžit jeho šíři. Život pak může být sevřený, přiskřípnutý a nešťastný.

7.2 Sebevražda chronická, ohnisková a organická

Menninger (in Shneidman, 1998) poukázal na nevědomý prvek skryté lidské sebedestrukce, na méně nápadné náhražky zjevné sebevraždy. Definuje „chronickou sebevraždu“, do níž zahrnuje askezi, mučednictví, neurotickou invaliditu, závislost na alkoholu, asociální chování a psychózy, "ohniskovou sebevraždu" spatřuje v sebepoškozování, simulování, a absolvování mnohonásobných operačních zákroků, počítá k ní i psychologicky zatížené nehody a nakonec vymezuje "organickou sebevraždu", která souvisí s psychickými faktory organického onemocnění. Menninger toto vše označuje za způsoby, kterými si člověk zkracuje nebo omezuje život, vzdává se sám sebe. Všechna tato částečná úmrtí jsou projevy nepřímé sebevraždy.

Draper (2002) se se svými kolegy zabýval výskytem přímého i nepřímého sebedestruktivního chování (např. odmítání jídla, braní léků nebo nedostatku spolupráce s personálem) v rezidenčních zařízeních. Zjistili vysoký výskyt způsobů chování dospěli k závěru, že se nepřímé sebedestruktivní chování ukázalo jako spolehlivá předpověď úmrtnosti v populaci obyvatel domovů (in Wasserman a Wasserman 2009).

7.3 Dílčí úmrtí

Podobně se Murray zamýšlel nad dílčími úmrtími a nepřímými sebevraždami. Upozornil na další skryté podoby autodestrukce, spočívající v zániku části psychického života. Jde o zánik citového prožívání (pocit skoro mrtvého), o zánik orientace na vědomý život – zánik sociálního života (mrtvý pro okolní svět), nebo zánik duchovního života (mrtvý pro vnitřní svět), nebo zastavení různých stupňů života (tak dobrý jako smrt), nebo tendence k zániku, zmenšování (Shneidman 1998).

7.4 Pasivní sebevraždy

Pasivní sebevraždou se označují situace, kdy se starý (nebo vážně nemocný) člověk rozhodne, že nebude brát důležité léky, jíst nebo pít apod. Termín pasivní sebevražda je také spojován s eutanázií, která je další závažnou otázkou, vymykající se záměru této práce.

7.5 Důsledky „skrytých čísel“

Skrytá čísla pochopitelně nemohou přitáhnout potřebnou pozornost a zájem zabývat se rizikovými faktory v životě starších lidí, ani potřebu pracovat na vytváření preventivních strategií. Národní ústav duševního zdraví zpracoval Metodiku prevence sebevražednosti v České republice (2016) s mnoha doporučeními pro praxi. Mělo by proběhnout školení v oblasti prevence sebevražednosti pro psychiatrické zdravotní sestry, měla by být lépe zajištěna návazná péče u pacientů propuštěných z pobytové psychiatrické léčby a měla by být vytypována místa s častým výskytem sebevražd, kde by měly být umístěny kontakty na krizovou pomoc dostupnou v těchto lokalitách. Ve svých záměrech bohužel nemá zabývat se prevencí sebevražednosti seniorů. Chystá se systematicky zlepšovat sběr dat o sebevraždách i o sebevražedných pokusech, na jejichž základě bude provedena analýza. V neposlední řadě by měl být uskutečněn školní program prevence sebevražednosti. (Národní ústav duševního zdraví 2016). Tato doporučení jsou zatím návrhem, jehož realizace je v gesci Ministerstva zdravotnictví.

V České republice pak neexistuje ani jediný program nebo dokument, který by se oblastí geriatrické suicidologie zabýval, existují pouze některé strategie v rámci péče o duševní zdraví a proti depresím.

8 ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ POTŘEBY PODLE ALBERTA PESSA

Albert Pessa považuje sebevraždu za touhu navrátit se do blaženosti. Do prostoru, kde nemůžeme zemřít, protože jsme se ještě nenarodili, nemůžeme se ztratit, protože nejsme oddělené bytosti.

Mají-li lidé špatné zážitky z dělohy, nebo jsou-li odmítáni rodiči, touží se vrátit „domů“, tam, kde věci byly v pořádku. Ve svém emocionálním centru vědí, že nejsou na správném místě a hledají cestu zpátky. (Crandell a Pessa, 1991).

Ačkoliv je k dispozici mnoho monografií k metodě PBSP, právě potřeby příliš publikovány nebyly. Při psaní této kapitoly vycházím především z přednášek a seminářů svých učitelů, které probíhaly v rámci psychoterapeutického výcviku PBSP v letech 1998-2002, Alberta Pessa, Lowijse Perquina a Martina Howalda.

Snadněji porozumět zvláštním projevům lidí umožňuje vývojový model Alberta Pessa a Diany Boyden, autorů psychomotorické terapie (PBSP), který se týká uspokojování, respektive neuspokojování pěti základních vývojových potřeb. Prostřednictvím tohoto přístupu se můžeme novým způsobem dívat na lidi v akutní krizi, nebo v dlouhodobě těžké situaci, stejně jako na lidi traumatizované nebo sebevražedné (Crandell a Pessa, 1991).

Jedná se o potřeby, jejichž uspokojení je pro zdravý vývoj každého jedince nezbytné a významné, nenasytení kterékoli z těchto potřeb se v průběhu života projevuje specifickým způsobem. Každá z těchto pěti vývojových potřeb musí být nejprve uspokojována konkrétně, na úrovni tělového zážitku, později v rovině symbolické a metaforické, výsledkem dobrého vývoje pak je tato potřeba zvnitřněna a člověk je schopen si nadále danou potřebu uspokojovat v interakcích s druhými lidmi sám. V krizi nebo v náročné životní situaci se neuspokojená potřeba vynořuje a domáhá se dodatečného dosycování. Pojetí dobře uspokojených potřeb odvozuje Albert Pessa od nitroděložního života, kdy těhotenství probíhá fyziologicky a matka i plod jsou v klidu.

Rozpoznání deficitu některé ze základních vývojových potřeb a následné kroky k jejímu uspokojování mohou výrazně usnadnit komunikaci, a tím celou spolupráci s klientem (Lucká in Vodáčková 2002). Sebevražednost starých lidí bych ráda nazírala prizmatem základních vývojových potřeb podle Alberta Pessa, což jsou potřeby místa, výživy, podpory, ochrany a limitů (Pessa, Boyden-Pessa a Vrtbovská, 2009).

8.1 Potřeba místa

Člověk ve svém životě potřebuje zažívat jistotu, jako by byl doslova uvnitř bezpečného místa, kde cítí, že je milován a vítán. Před narozením je to místo v děloze matky, po narození dítě potřebuje místo v náruči milujících rodičů, ale také v jejich “srdcích”. Pro dobré uspokojení potřeby místa je nezbytný i zážitek, že existujeme v myslích svých rodičů a v jejich představách o nás. Jejich vědomí o nás nám umožňuje být si vědomi sami sebe. Po zvnitřnění zážitků s rodiči je člověk doma uvnitř vlastního těla, cítí se doma ve své vlastní mysli a může se cítit doma kdekoli na světě. Má své místo na světě, v životě, v rodině, ve vztazích, v zaměstnání, je doma v tom, co dělá a co žije. Že se máme potřebou místa zabývat, poznáme třeba podle toho, že je člověk přecitlivělý na své místo u stolu nebo v křesle, když se někdo dotýká jeho věcí, třeba použije jeho hnek. V pracovním prostředí je to nespokojenost, když konzultace probíhá jinde než minule, nebo když sedí na jiné židli. Totéž se vztahuje na čas, mít čas znamená mít pro klienta místo (místo v diáři). I drobné nedodržení času, který jsme si s klientem domluvili, může vyvolat nečekanou reakci, zlobí se, nebo je lítostivý, uražený, odchází, připadá si nepřijatý a nerespektovaný. Klient, jemuž nějaká událost nebo situace vynesla na povrch deficit potřeby místa může být rovněž velmi citlivý na své osobní věci a reaguje zdánlivě neadekvátně, když někdo na některou z nich sáhne. Také projevy žárlivosti vůči ostatním zúčastněným, členům rodiny, spolužákům, spolupracovníkům, mohou upozorňovat na deficit potřeby místa. Člověk chce ujištění, že sem patří, že není na obtíž. O tuto potřebu se staráme tím, že klientům dáváme najevo, že jsou tady dobře, na správném místě, přijímáme je.

8.2 Potřeba podpory

Člověk je v matčině těle podpírán pánevním dnem, svalovinou děložní i plodovou vodou, po narození potřebuje podpírat hlavičku i páteř. Svými nejbližšími je pak člověk podporován, aby prozkoumával svět, aby získával zkušenosti, podíval se, přivoněl si, ochutnal, sáhl si, uslyšel. Fyzicky je podporován, když se učí chodit, později je podporován stále více psychicky, zejména aby dělal to, v čem je dobrý, aby rozvinul své možnosti. Dobrá podpora není druhého tlačit do toho, co považuje za dobré někdo jiný, třeba matka nebo otec. Deficit potřeby podpory u klienta můžeme rozpoznat podle toho, že si přestává věřit, jako by se neměl sám v sobě o co opřít, ztrácí sebedůvěru a sebevědomí. V těle se nedostatečné uspokojení potřeby podpory projevuje v nohou, nohy se podlamují, člověk může mít pocit voskových nohou, také se může projevit problém s udržení rovnováhy. Takový člověk

sděluje “nic nezvládnu, za nic nestojím”. Ošetření této potřeby je v opakovaném a v mnoha rovinách poskytovaném sdělení “věřím vám, stojím za vámi, podepřu a podržím vás, stojíte mi za to.”

8.3 Potřeba ochrany

Nebo také bezpečí. V mateřském těle je dítě chráněno před ohrožujícími a nepříznivými vlivy zvenčí. V dětství je člověk ochraňován před nebezpečím, před zimou a hladem, před tělovým dyskomfortem. Když je člověk dobře a přiměřeně chráněn ve svém dětství, umí se ve svém dalším životě dobře ochránit, dokáže se o sebe postarat. Rozpoznává a dobře odhaduje nebezpečí, zároveň si své bezpečí umí užívat, nevidí za každým stromem ohrožení. Tuto potřebu někteří úzkostliví rodiče přesycují. Člověk, který vyrůstal jako ve skleníku, může mít podobné problémy jako ten, jehož rodiče byli nedbalí, a to takové, že v posouzení nebezpečí není realistický. Člověk, jehož slabinou je potřeba ochrany, se pod tíhou náročných situací může projevit paranoidně, ohrožení očekává ze všech stran, nebo selže jeho schopnost se chránit a on zakopává, snadno se uhodí, spálí, řízne, ztratí rovnováhu, zkrátka je náchylnější k úrazům, ale také k tomu nechat se zmanipulovat, využít nebo okrást. Deficit jeho potřeby sytíme vytvářením bezpečného rámce, domlouváme se s klientem, co by potřeboval, aby se cítil dobře, snažíme se předcházet všemu, co by jej mohlo znejistit, budujeme vztah důvěry. Jeho typickým postojem je “nikomu se nedá věřit”. Samozřejmě chráníme všechny důvěrné informace.

8.4 Potřeba výživy

nebo také (sycení, péče) je v mateřském těle uspokojována přísunem potřebných živin. Po narození je dítě syceno mlékem, ale také něhou, láskou, dotyky, zájmem a pozorností, postupně potom přiměřenými podněty a informacemi. Adekvátnost je u této potřeby mimořádně důležitá. Když je dítě nedosycené nebo přesycené, objevuje se celá škála problémů. Od poruch příjmu potravy (člověk se přejídá, nebo se sytí hladem), přes náhradní, často toxické sycení alkoholem, drogami, po vášivé hromadění věcí (poštovních známek, knih, akademických titulů, bot...). Člověk nedosycený v této potřebě může v zátěži rozvinout celou paletu možných projevů. Může odmítat jídlo, přecpávat se, může si třeba zanášet byt starým oblečením, může si až vynucovat pozornost někoho z personálu, dožadovat se péče. Tuto potřebu dosycujeme pozorností a zájmem, nasloucháme klientovi, poskytujeme mu potřebné informace a podněty ve vhodné míře, abychom jej nepřesytili. Jak se v tom cítí pracovník, je samozřejmě také velmi důležité. Lépe se nám dívá na podivné projevy klienta, když rozumíme jejich příčinám, méně nás to unavuje. Jestliže je klient nenasyčený zoufalým způsobem, o případu se poradíme, hledáme možnosti spolupráce s dalšími dostupnými pracovišti psychosociální sítě, není naším posláním nechat se “pozřít”.

8.5 Potřeba limitů

Dítě je v nitroděložním životě limitováno prostorově tělem matky, po narození je limitují jeho možnosti pohybu. Je plně závislé na ostatních lidech, bez jejichž pomoci se nepřemístí, nenají atd. Jak roste, je svými rodiči limitováno tak, aby se naučilo, v jakém prostoru a v jakých situacích a vztazích se má pohybovat, aby nepřekročilo mez, aby neprovokovalo, respektovalo, ale zároveň se učilo požadovat respekt pro sebe. Limit chápeme jako mantinel, určující odkud a kam se může člověk bezpečně pohybovat, kde nachází svůj prostor. Lidé s nedosycenou potřebou limitů v zátěži různě zacházejí s osobními hranicemi. Mají strach si říci o něco, co potřebují, nebo si o to říkají bez ohledu na situaci, na čas. Nesnášejí, když se k nim někdo příliš přiblíží, nebo se naopak vlamují do osobní zóny někoho druhého. Když je něco bolí, nebo je potká nějaká nepříjemnost, mohou to prožívat jako hrůzu, která je zcela zavalí, před kterou není úniku. Pomoci můžeme poskytnutím ujištění, že vše má svůj limit, svůj konec, tedy i bolest, zklamání, vztek. Dodáváme jim naději, pomáháme jim vidět hranice jejich potíží. Tohle můžete udělat, ale tohle už nemůžete ovlivnit.

Tyto potřeby jsem se pokusila reflektovat při práci se starším sebevražedným člověkem, aby bylo možné identifikovat, která z jeho potřeb byla ve chvílích jeho nejtěžšího rozhodování o životě a smrti v největším deficitu a volala po nasycení. Z určení potřeby vyplývají další možnosti, na co se zaměřit a jakou intervenci v určitém případě volit.

PBSP potřeby jsou velmi dobře srozumitelné, rozpoznatelné, dá se na ně dobře reagovat. Ve svých úvahách jsem byla vedena hlavně představou, jak dát do ruky pracovníkům v přímé péči, kteří se mohou se stesky a suicidálními myšlenkami seniorů setkávat jako první a možná dokonce nejčastěji ze všech, jednoduchý a uchopitelný nástroj. Pessův přístup, který lze nazvat praktickou moudrostí, se k tomu výborně hodí.

8.6 Smysl života v PBSP

Jako velmi důležitá potřeba starších lidí sebevražedně uvažujících nebo jednajících, se ukázala potřeba smyslu, smysluplného života. Aspekty smyslu jsou v PBSP zahrnuty v potřebě místa. Samostatně zde potřeba smyslu definována není. O smyslu života hovoří Pessoa ve své definici žádoucího stavu bytí, který má čtyři charakteristiky: štěstí, uspokojení, spojení s ostatními a smysl života. Opačný, tedy nežádoucí stav je jeho negativem: neštěstí či zoufalství, frustrace a nedostatek, izolace nebo osamělost, marnost, rozpor mezi jedincem a vyšším řádem. Jestli někdo inklinuje více k pólu štěstí nebo neštěstí, je určeno tím, jak dobře

byly uspokojeny jeho základní vývojové potřeby, nebo jestli a v jaké míře byl vystaven traumatům, ztrátám, strachům a nedostatku (Pesso, Boyden-Pesso a Vrtbovská 2009).

9 KRIZE A KRIZOVÁ INTERVENCE

9.1 Krize

Slovo krize pochází z řeckého krinó, což znamená oddělit, vybrat nebo volit. Pojem křisis (lat. crisis) pak vyjadřuje rozhodnutí, rozsouzení nebo soud (Vymětal, 1995; Vodáčková, 2002). Krize je časový i dynamický pojem, ale i stav. Patří k životu a není možné ani žádoucí ji ze života eliminovat. Jedna z mnoha definic krize říká, že je to důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi ani za pomoci nám blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a obvyklým způsobem.

Krize je nouzový stav, který znamená nejen ohrožení jedince, ale i šanci pro pozitivní obrát. Tuto skutečnost ilustruje čínský výraz wej – dži, společný pro nebezpečí i příležitost (Vymětal, 1995). Krize je situace, která způsobuje změnu obvyklého způsobu života a která přináší stav zátěže, ohrožení a ztráty rovnováhy. Její dynamický náboj je potenciálem pro změnu. Struktura řeckého dramatu ukazuje, že se bez krize zásadní věci nestanou. Po expozici případu přichází kolize a po ní krize. Následné peripetie pak uvedou katastrofu, jejímž vyústěním je katarze. Krize je tedy vyvrcholením nějakého děje, rozhodná chvíle obratu, je to předěl, zlom, bod zvratu v nějakém dění a jeho řádu, je podmínkou životního posunu, zrání (Vodáčková, 2002). Krize v člověku vyvolává pocit ohrožení jeho vlastní identity, pocit, že ztrácí kompetenci utvářet svůj život, což v něm vyvolává velikou úzkost. Právě tato úzkost člověka ochromuje (Kastová, 2000).

Způsoby řešení problémů, které jedinec má ve svém repertoáru vyrovnávacích strategií, v situaci krize nepomáhají. Nedovede si poradit sám. Marnost hledání účinných kroků vede k hledání nových postupů a strategií. Člověk v krizi je přístupný pomoci zvenčí, signalizuje potřebu pomoci, kterou může přijmout od kterékoli vnímavé a moudré osoby. Pomoc může poskytnout někdo z přátel, někdo z rodiny, někdo může říci správné slovo ve správnou chvíli. Člověk v krizi ale také může potřebovat odbornou pomoc a obrátit se na krizové centrum, linku důvěry, nebo na terapeuta. Krizová intervence znamená, že mezi jedince a jeho krizi vstoupí prostředník, čímž mu umožní získat od krize větší odstup. Tím člověk získá šanci navázat se svou krizí vnitřní kontakt a znovu se v situaci zorientovat (Kastová, 2000). Má-li být krizová intervence skutečně účinná, je nutné strefit se právě do intervalu zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a pro možnost změn. Po odeznění krize se situace obrní (zkamení) a motivace i pohotovost ke změnám slábnou a ustupují. Pokud nedošlo k žádné změně, v další vlně zvýšeného napětí, což je další dynamika, se objeví nová možnost intervence.

9.1.1 Vývoj krize

je předvídatelný, má čtyři fáze, které popsal Gerald Caplan.

1. fáze – jedinec vnímá ohrožení, tím je zvyšována jeho úzkost. Člověk proto zaktivizuje obvyklé vyrovnávací strategie. Pokud se neosvědčí, následuje další fáze.

2. fáze – neúčinnost vyrovnávacích mechanismů vede k dalšímu zmatku. Přichází pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Může nastat ochromení, nebo se jedinec pokusí o řešení náhodným způsobem. Pokud se řešení nepodaří a úzkost přetrvává, nastává

3. fáze – jedinec se pokouší předefinovat krizi a doufá, že osvědčené vyrovnávací prostředky budou úspěšné. Člověk v této fázi krize je schopen vnímat své pocity a dělat rozhodnutí. Může se dostat do předkrizové úrovně fungování. V této fázi je jedinec nejotevřenější pomoci.

4. fáze – zde už se jedná o závažnou psychickou dezorganizovanost. Úzkost a reakce na ni připomínají paniku. Nastávají hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Pokud je zřejmé, že se krize vyvíjí negativně, nastává čas pro rozsáhlejší terapii. Ve čtvrté fázi krize se může jednat o syndrom psychického ohrožení. V tomto stavu je ohrožena psychická i fyzická integrita člověka. Úzkost se stává nezvládnutelnou, objevuje se neúnosný pocit viny. Jedinec může pociťovat stud a zahanbení spojené se zhoršeným sebehodnocením nebo ztrátou půdy pod nohama. Vnímání a vyhodnocování skutečnosti je omezeno (in Pasquali a kol., 1989).

9.1.2 Reakce člověka v krizi

Setkáváme se tak s reakcí agresivní ve smyslu agrese verbální nebo fyzické. Zúžené vnímání se může projevit rovněž reakcí útěkovou, kdy člověk může prchat z ohrožujícího místa, nebo utíká do svého vnitřního světa. Regresivní reakce se projeví návratem na nižší úroveň psychického vývoje, než ke kterému jedinec dospěl. Objevují se některé mechanismy až automatizmy, které patří do raného dětství. Panická reakce naproti tomu znamená extrémně úzkostnou odpověď na události, v nichž člověk jako by ztratil orientaci, nenachází opěrný bod, chová se neúčelně a není schopen vnímat, co mu druhý říká. Derealizace přináší pocit neskutečna, to se neděje mně, ale někomu jinému, člověk je sám sobě odcizen. V souvislosti s krizí se setkáváme se stavem mysli, který je nazýván demoralizací. Ten je spojen se subjektivní neschopností, poklesem sebehodnocení, úzkostí, depresí, stavem bezmoci, beznaděje a opuštěnosti, v níž druzí zdánlivě nepomáhají, ačkoli by mohli. To vede ke konfliktům s osobami, které jsou pro dotyčného významné. Tento stav bývá doprovázen strachem ze ztráty kontroly nad situací, obavou ze zešílení (Vodáčková, 2002).

9.1.3 Tělové reakce na krizi

Někteří lidé krizi zaznamenají nejdříve ve svém těle. Pocity u nich přicházejí až opožděně. Krize se v těle typicky projevuje pocity napětí, bolestmi a změnami schopnosti cítit v nejrůznějších částech těla, objevit se může necitlivost nebo zvýšená citlivost (Lucká, 1995).

Krize se často projeví v nohou. Nohy se mohou podlamovat, může se objevit pocit, že jsou jako z vosku, někdy člověk vnímá své nohy jako nespolehlivé, vratké, těžké, vrostlé do země. Jedinec ztrácí pocit pevné půdy pod nohama, stabilitu a jistotu (Lowen, 1993).

Další výrazná změna se týká dechu, který se často stává povrchním, nádech i výdech jsou omezené. Lidé v krizi říkávají, že nemohou dodýchnout.

Objevit se může svalová ztuhlost, špatná pohybová koordinace, únava, nespavost, bolesti hlavy, vegetativní obtíže, zvýraznění symptomů už probíhajícího onemocnění, pocit rozbitého těla, jako by člověk nebyl úplný. Člověk v krizi má prostě něco naloženo na zádech, něco mu leží v žaludku, někdo mu vydýchává vzduch, zkamení hrůzou, něčeho má plnou hlavu nebo hlavu ztrácí, srdce mu bije na poplach nebo mu puká, nemůže to unést, ztrácí půdu pod nohama... V krizové intervenci by se mělo rozhodně s tělesnými reakcemi počítat a alespoň nějakou formou s nimi pracovat. Důležitá je otázka „jak se cítíte v těle?“ (Lucká, 1995).

9.1.4 Baldwinův klasifikační systém krizí

Z celé řady existujících typologií krizí nejvíce využíváme Baldwinův klasifikační systém. Jeho řazení krizí má dvojí logiku. Od první třídy krizí ke třídě šesté roste závažnost krize a stejně tak od první po šestou třídu jsou řazeny zdroje stresu od nejvíce vnějšího k nejvíce vnitřnímu (in Pasquali a kol., 1989).

Krize situační (třída 1) je problematická situace, která v člověku vyvolává pocit tísně a budí dojem neodkladnosti. Strategie zásahu zde zahrnuje osvětlení zdrojů a východisek a poskytnutí nezbytných služeb a podpory.

Krize z očekávaných životních změn (tranzitorní, přechodové, třída 2) jsou spojeny s předvídatelnými procesy růstu a vývoje, které se rozvíjejí v určitých časových obdobích. Probíhají v rámci života jedince (puberta, adolescence, klimakterium) nebo v rámci života rodiny (výběr partnera, sňatek nebo začátek dlouhodobého partnerského soužití, narození prvního dítěte, změna v zaměstnání). Krizová intervence hledá vhodné strategie, jak pomoci jedinci nebo rodině, aby překonali obtíže změn, porozuměli jim a pochopili jejich smysl.

Krize z náhlého traumatického stresu, krize traumatická (třída 3) - je spuštěna nečekanými silnými vlivy, které člověk nemůže ovládat. Může se cítit zdrcen nebo ochromen.

Příkladem je náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění, povodeň. Úkolem krizové intervence je poskytovat a mobilizovat podporu po takové události. Povzbuzuje vyjadřování celého spektra emocí, které se v tak těžké chvíli objeví, pomáhá nacházet účinný způsob vyrovnání se se změnami, které nastaly.

Krize vývojová (třída 4) – krize z neřešených nebo narušených vývojových otázek má vztah k náhradnímu řešení a vyplývá z psychodynamiky jedince, spíše než z vnějšího stresu. Tyto krize pramení z neúčinných pokusů řešit mezilidské situace vztažené k zásadním vývojovým otázkám, jako je závislost, důvěra, moc, konflikty hodnot, intimita a sexuální identita. Znovu a znovu se opakují vzorce obtíží ve vztazích. Kořeny těchto krizí jsou zejména sexuální zneužívání dětí a incesty. Strategie intervence spočívá v tom, aby si člověk uvědomil vývojovou výzvu v krizi obsaženou a porozuměl jí. Pomáháme klientovi zvládnout manifestní problém a současně rozvíjet vyrovnávací strategie k řešení vývojového konfliktu.

Krize pramenící z psychopatologie (třída 5). Tyto krize souvisejí s psychopatologickou zranitelností jedince. Krizi může vyvolat i slabý podnět, který by u zdravého člověka ke zhoršení stavu nevedl. Jde většinou o lidi, kteří mají zkušenosti s psychiatrickou léčbou. Může jít o jedince s poruchou osobnosti, s neurotickými obtížemi, s různými typy závislostí, ale i o lidi trpící velkou depresí nebo psychózou. Intervence je zaměřená na rozvoj dovedností klienta k řešení problému a ke změně chování. Cílem je stabilizace funkcí jedince na jeho nejvyšší možné úrovni.

Psychiatrické neodkladnosti (třída 6) - jsou to situace s vysokou mírou naléhavosti, celkové fungování jedince je vážně ohroženo, jedinec není nadále zodpovědný za své činy. Patří sem akutní psychózy, drogové a alkoholové intoxikace, nekontrolované impulsy, jako je sebevražedné a vražedné jednání a neovladatelná agresivita. Intervence musí být blesková, aby se předešlo ohrožení života a zdraví jedince v krizi i jeho okolí. Spočívá ve stabilizaci stavu ohroženého člověka a neobejde se bez odborníka. V těchto krizích neintervenují pracovníci krizových center, ale členové integrovaného záchranného systému (Pasquali a kol., 1989; Vodáčková 2002).

Baštecká (2015) k tomu dodává, že některá přesvědčení vyjádřená v Baldwinově typologii se od roku 1978 proměnila, protože zvýšená zranitelnost člověka může podle současných pohledů nastat i ze sociálních příčin, k sebevraždě může člověk dospět klidnou bilancí vnějších i vnitřních okolností, a kromě individuálních hodnot ovlivňují hodnocení podnětů i hodnoty společenské.

9.2 Krizová intervence

Krizová intervence je psychologická první pomoc poskytovaná lidem v krizi. Techniky krizové intervence jsou strategie, umožňující okamžité a efektivní zacházení s akutními reakcemi v náročných životních událostech.

V krizové situaci je nutno zahájit kroky redukující ohrožení člověka. Rozhodující slovo v diagnostice patří tomu, kdo se v krizi nachází. Pokud se někdo v krizi cítí, pak o krizi jde, i kdyby to zvenčí působilo nesrozumitelně nebo nevěrohodně. Nejde jen o sílu podnětu (vnějšího spouštěče krize), o kterém si mohou lidé kolem utvořit nějakou představu, důležitá je také vyladěnost organismu s tímto vnějším spouštěčem. Událost, která pak pro okolí nevypadá nijak dramaticky, může vyvolat rozsáhlou krizi, v níž se často reaktivují i nevyřešené bolesti z dřívějška. Řešení krize nesnese odkladu, její trvání je limitováno časem. Krize se završí během jednoho až šesti týdnů. Po této době vychází na povrch její výsledek, který může být právě tak pozitivní, jako negativní. Nezvládnutý psychický stav vede k syndromu psychického ohrožení (Vodáčková, 2002).

Krizová intervence je vyšetřením a terapií zároveň. Spočívá v okamžité nabídce pomoci. Jejím cílem je usnadnit jedinci v krizi komunikaci a umožnit správný odhad problému. Důležitým úkolem je pomoci mu vyjádřit emoce, a to právě ty, které obvykle musí potlačovat a nedovolí si je projevit (vztek, zoufalství, bolest), navrátit sebedůvěru a mobilizovat potřebnou podporu. V krizové intervenci podporujeme účelné řešení problému, které nezahrnuje pouze samotného jedince, ale i jeho rodinu nebo lidi kolem něho. Toto řešení je orientováno na problém, podporuje sebedůvěru člověka, spoléhání na vlastní síly, nezávislost.

Krizový pracovník je aktivní v mapování silných míst člověka v krizi. Zjišťujeme, o co se tento jedinec může v sobě opřít, čím může sám sebe držet a podporovat. Člověku nejlépe pomůžeme, když mu umožníme, aby si pomohl sám. Ptáme se samozřejmě především na to, co se stalo, od které doby se člověk cítí hůře a jakou podobu jeho potíže mají, jestli takový stav už zažil, co mu dříve v podobně těžké situaci pomohlo, kdo z jeho blízkých by mu teď mohl být oporou. Pokud máme možnost přizvat další osobu nebo více lidí (partnera, rodinu, blízké přátele), dáme jim najevo, že jsou pro řešení krize důležití. Pomáháme jim pochopit logiku krize – souvislosti mezi událostmi a projevy krize. Můžeme být příkladem toho, jak je možné naslouchat každému a každého brát vážně. Jejich pohled na proběhlé události může být i diametrálně odlišný od pohledu toho, kdo se momentálně nachází v krizi.

Soustředíme se na řešitelné problémy, spolu se zúčastněnými promýšlíme varianty řešení, rozpoznáváme a realizujeme možnosti podpory.

9.2.1 Principy krizové intervence

Principy krizové intervence by se daly shrnout do několika bodů. Je to pomoc okamžitá, snadno dostupná, kontinuální a komplexní. Přístup krizového intervenanta je aktivní a direktivní, zaměřený na vznik současné situace, na systém a předchází zhoršování stavu. Vše by mělo probíhat v co nejméně omezujícím prostředí. Pracovník by měl být eklekticky zaměřen, aby byl schopen svůj přístup šít přímo na míru klienta a jeho situace (Vodáčková, 2002).

Každý člověk potřebuje být akceptován. Potřeba přijetí je v krizi ještě výraznější. Člověk v těžké situaci potřebuje vnímat, že je přijímán takový, jaký je, že není hodnocen ani zpochybňován. Krizový pracovník pracuje se základním nástrojem napojení na klienta, aby co nejlépe pochopil nejen životní situaci klienta, ale právě to, co to pro něho znamená, proč je to krize. Empatie pracovníka klient vnímá jako opravdovou snahu mu porozumět a tato prostá skutečnost snižuje jeho úzkost a uklidňuje ho.

9.2.2 Krizová intervence u seniorů

Prvním předpokladem pro práci se seniory v krizi je vědět, že stáří není zbytečné ani tragické období života. Úzkost ze stáří by mohla sklouznout k lacinému chlácholení, jímž by krizový intervenant utěšoval především sám sebe. Senioři mívají potřebu si postěžovat, ale nečekají od pracovníků ani elixír mládí, ani zázraky. Nepotřebují ani soucit, ani lítost. Potřebují opravdový zájem, empatii a symetrický vztah v kontaktu. Jsou to stále titíž lidé, hodní respektu a úcty, i když třeba pomaleji mluví nebo chodí. Pouze s komunikačními dovednostmi však nevystačíme. Musíme být schopni zareagovat na zcela konkrétní dotazy. Nemusíme znát na všechno odpověď, ale je důležité mít k dispozici a nabízet aktualizované informace o poradenských službách pro seniory, seniorských klubech, stacionářích, o možnostech ošetrovatelské domácí péče, terénní pečovatelské služby apod.

Telefonická krizová intervence je pro seniory dostupnější, nemusejí nikam cestovat, ale také mohou mluvit o svých starostech anonymně. Bývá pro ně obtížné mluvit s někým o osobních věcech tváří v tvář, telefonický kontakt je schůdnější (Kastová, 2000).

Témata, s kterými se senioři obracejí zejména na linky důvěry, jsou konflikty v rodinných vztazích, týrání, osamělost a samota, pochybnosti o smyslu života a suicidální

myšlenky, ztráta soběstačnosti, strach být někomu na obtíž, obavy z bezmoci a umírání, smrt partnera nebo rozvod, bytový nebo finanční problém, nutnost opustit svůj byt atd. (Havránková, Schusterová, in Vodáčková, 2002).

Svěřit se s rodinnými problémy není pro starší lidi vůbec snadné. Stydí se a někdy říkají, že ještě nikdy o dané záležitosti s nikým nemluvili. Je pro ně těžké říct svým přátelům nebo známým, že na ně rodina naléhá kvůli přepsání majetku, že jim vyhrožují, stydí se přiznat, že jsou pod velkým tlakem, že s nimi jejich blízcí jednají hrubě a bezohledně.

9.2.3 Týrání seniorů (syndrom EAN) v kontextu krizové intervence

Týrání seniorů, ať už fyzické, nebo psychické, patří k těm skutečnostem, které se zdají tak neuvěřitelné, že jsou stále tabuizované. Těm, kdo týrání zažívají, se rozhovor na toto téma otevírá velmi obtížně. Jak je uvedeno výše, staří lidé jsou někdy týráni personálem zdravotnických nebo sociálních zařízení, do jejichž péče jsou svěřeni. Jakkoli bychom si přáli, aby to nebyla pravda, něco takového se stát může. Ještě obtížněji pochopitelné je, že staří lidé někdy bývají týráni svými nejbližšími. Je nezbytné vědět, že se to děje, a je nutná zdrženlivost, aby krizový pracovník nepředbíhal volajícího v jeho krocích a do ničeho ho netlačil. Pro začátek je důležité přijetí klienta, ocenění za odvalu o situaci týrání mluvit a potvrzení, že to rozhodně není v pořádku, že si nikdo takové zacházení nezaslouží a že si to nemůže nechat líbit.

Každý týraný starý člověk se za svou situaci hluboce stydí. Zároveň má pocit, že si to nějak zasloužil. Bojí se, že se to nedá změnit. Obvykle to trvá dlouho, než se senior odhodlá kontaktovat linku důvěry. Potřebuje dostat příležitost říct nahlas to, co ještě nikdy neřekl. Rozhovor mu poskytuje příležitost leccos si uvědomit. Důležitá je i tzv. druhová intervence, sdělení, že se to starým lidem někdy stává, že v tom nejsou sami a že se to dá změnit. Podporujeme jej, aby zůstal s linkou v kontaktu a dodáváme mu odvahy, aby se slovně ohradil, aby řekl, že už to nedovolí a že, bude-li se násilí opakovat, řekne to třeba svému lékaři. Někdy pomůže se ohradit a říct, že už s někým o tom mluvil a že je to trestný čin. I když se pachatel násilí může rozčílit, asi se zalekne. Sám dobře ví, že dělá něco špatného. Možná mu i drobný limit, který mu senior dá, pomůže zastavit počínání, za které se i sám před sebou stydí. Někdy dostaneme zpětnou vazbu, že to pomohlo. Kroky, které by vedly k trestnímu oznámení, staří lidé spíše neudělají. Možná ze strachu, že by nebyli bráni vážně, že by byli označeni za pomatené nebo že by to pak mohlo být ještě horší (Havránková a Schusterová, in Vodáčková, 2002).

Kdysi mi do služby na lince důvěry zavolala paní, která byla velmi rozrušená a která říkala, ať s ní něco uděláme, ať jí pomůžeme, že tluče svou starou matku a nechce to dělat. Popisovala, jak před časem v náročné situaci, kdy matka nespolupracovala, do ní strčila. Strkání rychle přerostlo ve šfouchání, a potom matku uhodila. Říkala, že to bylo jako překročení bludného kořene. Nevěděla, kudy zpátky. Dopravní značka jí však nestačila, stop si říkala už od té první události. Potřebovala se z toho „vyzpovídat“, být jako člověk přijata a pochopena, potrebovala i pochopit sama sebe. Poté, co získala důvěru, přišla osobně na krizové centrum. Podpořili jsme ji v tom, aby využila respitního pobytu pro svou matku a sama si mohla po letech odpočinout, některé vynořené záležitosti si poté srovnala v psychoterapii a v rámci širší rodiny přijala podporu a pomoc, kterou dříve odmítala. Velmi jsme ji oceňovali za odvahu sama si přiznat, co dělá, a vyjít s tím ven. Jsou ale jiní, kteří to nahlédnout nedokážou a staří lidé v takové situaci trpí.

Paní, která měla na srdci, že si její syn vynucoval, aby na něho přepsala svůj byt a chatu, okamžitě a bez podmínek, jinak že už ho nikdy neuvidí, se svěřila své nejbližší kamarádce. Ta jí řekla: „jak sis ho vychovala, tak ho máš“. I kdyby měla pravdu, nebyla to odpověď, která by této ženě pomohla. Posílila její pocity viny a bezmoci, trvalo pak delší dobu, než sebrala odvahu zatelefonovat na linku důvěry. Potrebovala spíše empatickou reakci a podporu, potrebovala slyšet, že si nikdo si nezaslouží, aby s ním někdo takhle jednal, ani ona. Senioři jsou někdy nejistí a potřebují odezvu, že nejsou sobečtí a špatní, když rozhodují o svých záležitostech podle svého. Někdy potřebují potvrdit, že rozhodnout se je jejich právo. Právníci v organizacích pro seniory, např. dr. Rybková z právní poradny Života 90, varují seniory, aby za života nepřepisovali majetek na děti, mnozí lidé se totiž dočkají trpkého zklamání. Starý člověk, který předá svůj majetek, může ztratit autoritu v rodině.

73letá žena, která měla v osobním vlastnictví velký krásný byt s terasou, podlehla naléhání a slibům syna. Ten stavěl rodinný dům a chyběly mu prostředky. Vysvětlil jí, že peníze za její byt všechno pokryjí a vyřeší. Požádal ji, aby byt prodala, dala mu peníze a aby zatím, než bude dostavěno, počkala v domově pro seniory. Řekl jí, že pro ni ve svém domě chystá samostatnou bytovou jednotku, aby měla „svoje“, ale byla u nich, kdyby v budoucnu potrebovala pomoc. Když se ho později začala ptát, kdy bude hotovo, sdělil jí, že dostavěno je. Zapřel, že jí něco slíbil, tvrdil, že mu prodej bytu sama nabídla a že pro ni místo nemá. Žena byla nucena zůstat v domově, ač mohla ještě dlouho fungovat samostatně. Pochopitelně ji tento podvod od jediného syna zdrtil. Procházela depresí a pracovníci domova, kteří tento případ vzali do supervize, kolem toho zažívali mnoho bouřlivých emocí.

Starý muž přepsal domek se zahradou na dceru, která mu říkala, že je to jen formální záležitost, že se nic nezmění. Záhy však domek prodala se slovy: „je to můj majetek, nebo tvůj majetek? Podívej se do katastru“!

9.2.4 Křivdy a nedorozumění

Bohužel i tam, kde to lidé nečekají, může přijít překvapení. Rodinné konflikty nejsou jen kolem majetku. Někdy spolu lidi nemluví kvůli křivdám nebo domnělým křivdám z minulosti. Vyčítají si něco, co v průběhu let narostlo do nepochopitelných rozměrů.

„Mám sestru, ale jsem vlastně sám. Ona mi vyčítá, že mě máma preferovala, že jsem ji sebral máminu lásku. Já to tak nevidím. Naši nás měli rádi oba. A je nám přes osmdesát. Mám dojem, že spoustu věcí si sestra vymýšlí, že je to pro ni tak důležité až v posledních pár letech. Přestala se se mnou bavit. Nebere mi telefony, na nic neodpovídá. Prý mě má dost a není na mě zvědavá. Mrzí mě to“.

9.2.5 Osamělost a samota

Jak je uvedeno výše, osamělost a samota nebo sociální izolace se ve stáří, zvláště u dlouhověkých seniorů, vyskytují často. Někdy je to dlouhodobý stav, o kterém pak člověk potřebuje mluvit a zkontaktuje linku důvěry. Někdy jsou to situace, v nichž samota na člověka padne. Výročí úmrtí manžela, narozeniny, Vánoce, bezesná noc.

Starý muž zavolal na telefon krizového centra 23.12. odpoledne. Na kolegyni ve službě byl nepříjemný až agresivní. Podsouval jí, že je naštvaná, že musí sloužit, místo aby doma pekla vanilkové rohlíčky a uklízela, posmíval se jí a provokoval. Po chvíli se kolegyně zeptala, jak on to má s Vánocemi, že to vypadá, že mu ty svátky dost vadí. Byly to první Vánoce v jeho životě, kdy byl sám. Rozvedl se, jeho manželství bylo už dlouho špatné a stalo se neúnosným. Děti to nechápaly, zlobily se na něho, že opustil mámu. Ani mu nezavolaly. Vůně vanilkových rohlíčků mu chybí, domov mu chybí...

86letá žena se ozvala na linku důvěry a hovořila o tom, že samota už není k vydržení a že svůj život ukončí. Její jediná dcera žije v Austrálii, přijíždí jednou za dva roky. Ted' se na ni těšila, ale dcera měla zdravotní problémy a cestu odložila. Paní telefonovala v den svých narozenin, kdy byla úplně sama. Vloni koupila dort a narozeniny s ní oslavila její kamarádka. Ta je ted' v nemocnici a je na tom špatně.

9.3 Krizová intervence v případě sebevraždy

Kastová (2000) říká, že pro práci se sebevražednou krizí je nutné znát své vlastní sebevražedné tendence a převzít za ně odpovědnost, ale také se vyrovnat s otázkou smrti a možné ztráty smyslu života. Ať už vnímáme sebevraždu jakýmkoliv způsobem, nemáme právo soudit, jestli je správná, nebo není.

Sebevraždu nemůžeme nikomu brát ani rozmlouvat. Není to možné, nefunguje to. Ať si sebevíce přejeme, aby to ten člověk přežil, musíme se s ním pustit do rozhovoru o smrti a o všech hrůzách, které mu jdou hlavou. Pro suicidální uvažujícího člověka bývá dobrým zážitkem, že se o těchto věcech dá mluvit. Obvykle se mu tím vyjádřením vlastních představ a emocí uleví a my získáváme čas. Na času záleží. Během rozhovoru může pominout ta doba, kdy je jedinec odhodlán sebevražedně jednat. Tím není vyhráno, ale vzniká prostor vytvářet protektivní strategie. Domlouváme se, co má klient udělat, kdyby se mu znovu přitížilo, může zatelefonovat nebo přijít. Ptáme se, koho má kolem sebe, komu může říct, jak se cítí, kdo ho podrží. Ptáme se také, v čem si věří, v čem se může na sebe spolehnout, v čem je jeho síla.

9.3.1 Co by v rozhovoru se suicidálním člověkem mělo proběhnout:

- sebevraždu jako téma identifikujeme
- je doporučeno použít slova sebevražda (klidně a se samozřejmostí), pokud se nejedná o dítě, o člověka s mentálním hendikepem, nebo jinak křehkého či zranitelného jedince
- podpoříme vyjádření emocí
- doptáváme se na situaci
- ptáme se, co od smrti očekává, co by mu přinesla
- dáváme „svolení“ (máte právo, ale...)
- ptáme se, zda přemýšlel o způsobu (sebevražedný plán)
- děláme kontrakt o odložení sebevraždy
- vytváříme plán pomoci a podpory

A především jsme nablízku, nemoralizujeme, neodsuzujeme, nespěcháme, snažíme se pochopit. Dodáváme naději, pracujeme na rozšíření optiky sebevražedného člověka. Stojíme na straně života.

9.3.2 Ringelův presuicidální syndrom

Vídeňský profesor Erwin Ringel popsal presuicidální syndrom, do něhož patří:

- zúžení (situační, dynamické, mezilidské, hodnotové),
- zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agrese,
- sebevražedné fantazie.

Zúžení znamená, že se člověk stává v různých rovinách prožívání, vnímání i sociálního začlenění stále omezenějším. Situační zúžení způsobí, že dřívější možnosti, které byly jedinci k dispozici, ztrácejí svůj význam. Dynamické zúžení znamená, že se dynamika osobnosti vyvíjí jen jedním směrem, zatímco ostatní směry zaostávají. Člověk vnímá realitu jednostranně, pociťuje nutkavou naléhavost v jednom směru. Dynamické zúžení se navenek projevuje ztrátou spontaneity, zábran a pasivním postojem. Také pod vlivem extrémně těžkých událostí se pozornost zužuje, a přitom je vnímání a vyhodnocování reality ovlivněno převládajícím typem obranného chování, které nemusí podléhat volní kontrole. Může tak vzniknout obtížně odklonitelná reakce patologického až destruktivního rázu (Ringel, 1975). Obrácení agrese proti sobě a neschopnost použít agrese jiným způsobem, je součástí presuicidální krize. Z této dynamiky se rodí sebevražedné fantazie, které se stávají stále více naléhavými a nutkavými. Objevuje se touha mít klid, dát si pauzu, zapomenout, spát. Tato touha bývá mnohem silnější než přání se zabít.

V tom spočívá rozdíl sebevražedné krize od krizí ostatních.

Proces, kterým se život stává stále sevřenějším, je podle Ringela nutné uvést do zpětného chodu, zvrátit jej.

To je v souladu se Shneidmanovým pojetím. Ten říká, že jedním z prvních úkolů všech interventů nebo terapeutů pracujících s vysoce sebevražedným člověkem je rozšířit zúžení, "uvolnit žaluzie", aby dovnitř proniklo nějaké světlo, aby suicidální člověk mohl vidět novou optikou. Zároveň připomíná, že je důležité jemně nesouhlasit se smrtí zatíženými předpoklady sebevražedné osoby (Shneidman 1998). Otázky, kterými lze zúžení rozšířit, jsou: Co vás to bolí? Co se děje? Co je potřeba vyřešit, z čeho se musíte dostat? Máte připravené nějaké plány udělat si něco, čím byste si ublížil? Co by vás udrželo naživu? Už jste někdy předtím byl v situaci podobné této, co jste udělal, že jste to přežil?

9.3.3 Krizová intervence u sebevražedného seniora

Postup v případě rozhovoru o suicidiu je podobný jako u ostatních věkových skupin. Je ale nutné myslet na křehkost seniorů, na možnost deprese, na hloubku beznaděje, která u starých lidí může být nezměrná. Je důležité otevírat rozhovor a nevyhýbat se žádnému tématu (Havránková, in Vodáčková, 2002).

To, proč se sebevraždou zabýváme, není smrt, ale život. Práce se sebevraždou bývá těžká, ale zdaleka ne beznadějná. Mnoho lidí, kteří tvrdí, že od nás žádnou pomoc nečekají, že si jen chtějí promluvit, mají v sobě naději, že něco najdou nebo pochopí. Je to zkušenost nejenom má, ale řady mých kolegů, s nimiž jsem tuto problematiku sdílela. Volající sebevražedně uvažující člověk opravdu nic nečeká, někteří říkají, že se s námi chtějí rozloučit za všechny ostatní (v zastoupení). Během hovoru se postupně uvolňují, rozdýchávají, a pak jsou třeba překvapeni, že je jim lépe a že se teď zabít nemusí.

Stojíme na straně života a jsme otevření rozhovoru o smrti. Sami musíme mít jistotu, že každá situace má nějaké řešení, byť by nebylo ideální. Jinak nám sebevražedný člověk neuvěří. A musíme vědět, že to většinou dopadne dobře, ale někdy také špatně. Musíme se učit respektovat cesty, které neznáme (Havránková, in Vodáčková, 2002).

10 EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

10.1 Výzkumný záměr

Záměrem této práce je zabývat se sebevraždností seniorů z pohledu základních vývojových potřeb využívaných v PBSP.

Nebylo jednoduché pro tento výzkum získat respondenty. Sledovala jsem, na jaké bariéry narážely všechny diplomantky, které uskutečnily předvýzkum sebevraždností seniorů. V řadě domovů pro seniory se dozvíдалy, že takový jev vlastně neexistuje. Výroky typu „naši senioři takové myšlenky nemají, a pokud by je měli, my už jim je z hlav vyženeme“ ani zdaleka nenaznačily, že by sledovaná problematika dostávala adekvátní vážnost a že by pomáhající profesionálové uměli s problematikou sebevraždností zacházet.

Prioritou výzkumu nebylo samostatné posuzování jednotlivých případů - „příběhů“, ale spíše vyhledávání výlučností jednotlivých příběhů, individuálních životních strategií, určitých souvislostí, podobností a rozdílů.

V rámci pilotní studie na téma suicidality seniorů byly realizovány tři diplomové práce.

- 1) Sebevraždnost seniorů z pohledu pomáhajících pracovníků – okres Karlovy Vary (Michala Puchálková 2014),
- 2) Sebevraždné tendence seniorů v telefonické krizové intervenci (Barbora Maliňáková 2015),
- 3) Sebevraždnost seniorů v rezidenčních zařízeních (Denisa Maštálková 2015).

Uvedené práce upozorňují na to, že sebevraždností seniorů není věnována potřebná pozornost, že pomáhající profesionálové nejsou přiměřeně připraveni s tématem suicidality pracovat a že člověk v sebevraždné situaci mnohdy nedostává profesionální ani lidskou odezvu, která by mu pomohla.

10.2 Výzkumné otázky

Uvedené výzkumné otázky se v souladu se zvolenou metodologií ptají především na proces a specifika osobních postojů, méně pak na výsledky a příčiny reflektovaných událostí. Obě jsou záměrně formulovány otevřeně, aby poskytovaly dostatečně rozsáhlý prostor pro jedinečná vyjádření respondentů. Současně byly konstruovány s vědomím, že jejich znění

bude průběžně ovlivňovat kontext jednotlivých rozhovorů, způsob mého vedení i nakládání s obsahem osnovy polostrukturovaného rozhovoru.

VO 1

Jak lze popsat fenomén sebevražednosti u seniorů?

VO 2

Které PBSP potřeby jsou u seniorů ohrožených sebevraždou v největším deficitu?

10.3 Výzkumný soubor

10.3.1 Definice výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 31 respondentů ve věku 66–93 let, průměrný věk je 83 roky. Je zde zahrnuto 19 žen a 12 mužů. Devět z nich žilo samostatně ve vlastních domácnostech, 11 respondentů žilo v rezidenčních zařízeních a 10 jich bylo hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. Do finálního výzkumného vzorku byli zařazeni respondenti z 8 krajů ČR.

10.3.2 Konstrukce výzkumného souboru

Konstrukce výzkumného souboru byla podřízena cílům výzkumu. Jako vhodná se jevila metoda záměrného (účelového) výběru, který je založen na cíleném vyhledávání participantů výzkumu podle určitých charakteristik. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav. (Miovský, 2006, s. 135). Na základě stanoveného kritéria jsou následně vyhledáváni ti jedinci, kteří splňují dané kritérium a jsou zároveň ochotni zapojit se do výzkumu. (Patton in Miovský, 2006, s. 135).

V některých regionech byla využita metoda sněhové koule.

Skupina respondentů byla v průběhu realizace výzkumu doplňována postupně, na základě dílčích výstupů z analýzy získaného materiálu. V souladu s postupnou konstrukcí výzkumného souboru došlo k vymezení jednotlivých fází výzkumu (viz kapitola 5.4.2.).

Tabulka č.1 - Kritéria pro výběr respondentů v první fázi výzkumu

| |
|--|
| věk nad 65 let |
| suicidální ideace, tendence nebo uskutečněný pokus či pokusy |
| smutek, beznaděj |

Tabulka č.2 - Charakteristiky výzkumného souboru

| Jméno (kód) | Věk | Vzdělání | Místo rozhovoru | Suicidalita |
|---------------|-----|----------|-------------------------|----------------------------|
| 1) Pejsková | 77 | SŠ | Domov | Ideace dlouhodobá |
| 2) Zázrak | 93 | VŠ | Rezidenční zařízení | Tendence |
| 3) Zmatený | 88 | Z | Psychiatrická nemocnice | TS |
| 4) Bezbranný | 80 | U | Psychiatrická nemocnice | Ideace situační |
| 5) Hučivá | 70 | Z | Psychiatrická nemocnice | TS |
| 6) Pilková | 66 | U | Psychiatrická nemocnice | TS opakovaně |
| 7) Neklidná | 66 | U | Psychiatrická nemocnice | TS |
| 8) Zůstal | 90 | SŠ | Psychiatrická nemocnice | TS |
| 9) Opavská | 68 | VŠ | Terapeutická pracovna | Tendence |
| 10) Samotná | 87 | SŠ | Terapeutická pracovna | Tendence |
| 11) Smutná | 83 | U | Rezidenční zařízení | Ideace dlouhodobá (popírá) |
| 12) Udatná | 92 | U | Rezidenční zařízení | TS |
| 13) Štramák | 89 | SŠ | Rezidenční zařízení | Ideace opakovaná |
| 14) Divná | 70 | U | Psychiatrická léčebna | Ideace náhle a poprvé |
| 15) Zoufalá | 66 | U | Psychiatrická léčebna | TS opakovaně |
| 16) Mostecká | 70 | Z | Psychiatrická léčebna | Ideace situační |
| 17) Turista | 80 | VŠ | Psychiatrická léčebna | Ideace souvisí s depresí |
| 18) Nevidomý | 80 | SŠ | Rezidenční zařízení | Ideace dlouhodobá |
| 19) Vejvodová | 93 | SŠ | Rezidenční zařízení | Ideace dlouhodobá |
| 20) Osamělý | 77 | SŠ | Rezidenční zařízení | Tendence |
| 21) Slunéčko | 93 | U | Rezidenční zařízení | Ideace v poslední době |
| 22) Trpký | 85 | VŠ | Terapeutická pracovna | Tendence |
| 23) Jihočeská | 84 | U | Rezidenční zařízení | Ideace situační |
| 24) Vděčná | 93 | SŠ | Rezidenční zařízení | Ideace situační |
| 25) Farářová | 70 | VŠ | Terapeutická pracovna | Ideace opakovaná |
| 26) Moudrá | 87 | VŠ | Domov | Ideace ve vizi |
| 27) Pokorná | 88 | SŠ | Domov | Bez suicidálních signálů |
| 28) Skála | 89 | VŠ | Domov | Ideace ve vizi |
| 29) Kočková | 84 | SŠ | Domov | Ideace situační |
| 30) Statečná | 85 | U | Rezidenční zařízení | Bez suicidálních signálů |
| 31) Muzika | 90 | VŠ | Rezidenční zařízení | Bez suicidálních signálů |

10.4 Výzkumné metody

10.4.1 Interpretativní fenomenologická analýza - IPA

IPA je jedním z moderních kvalitativních výzkumných přístupů. V počátcích své existence v 90. letech 20. století byl tento přístup využíván především k výzkumům řešícím oblast psychologie zdraví. Zakladatelem a odborným propagátorem v rámci IPA je prof. Jonathan A. Smith, působící na katedře psychologických věd na Univerzitě of London, kde pravidelně organizuje vědecká setkání a vede pracovní skupiny zaměřené na výzkumné projekty z oblasti společenských věd a zdravotnictví, především méně probádaných a aktuálních společenských témat.

(viz.: <http://www.bbk.ac.uk/psychology/our-staff/jonathan-a-smith/areas-of-research-interest>).

Klíčovým principem IPA je zkoumání žité lidské zkušenosti a jejího individualizovaného smyslu. Je tedy, na rozdíl od mnoha výzkumných přístupů založených především na stanovených postupech a primárním východisku v teoretickém poznání, vždy „uvnitř“ případu. Jedním ze základních cílů IPA je detailní zkoumání procesu utváření individuální zkušenosti a jejích žitých významů, a to prostřednictvím detailního prozkoumání jednotlivé události nebo procesu.

IPA se tak v principu zavazuje k podrobnému studiu každého případu. Lze tak formulovat její tzv. idiografický závazek jako jedno ze tří hlavních teoretických východisek. Vždy tedy dochází nejprve k detailnímu zkoumání a interpretaci jednoho případu, až poté dochází k analýze případu dalšího. Jedinci totiž mohou nabídnout jedinečnou perspektivu ve vztahu ke zkoumanému fenoménu a je-li jejich perspektiva bohatá, je zcela namístě zabývat se pouze jí (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Druhým z těchto východisek je fenomenologie. IPA je fenomenologická v tom, že se pokouší porozumět žitým zkušenostem účastníků a studuje, jaký dávají respondenti této zkušenosti smysl, jak zažívají svět.

Součástí výzkumného procesu IPA je práce s hermeneutickým kruhem a tzv. dvojí hermeneutika (Koutná Kostíková, Čermák, 2013). Respondent se zabývá vlastní zkušeností a výzkumník současně sleduje, jak tento proces probíhá. Z principů práce s daty vyplývá zásadní role interpretace výzkumníka a jeho subjektivních náhledů.

Tato výzkumná metoda je v současné vědě využívána především v oblasti psychologie, psychoterapie a společenských věd. Její velkou výhodou může být z pohledu

výzkumníka mimo jiné skutečnost, že ji lze využít i bez komplexních filozofických znalostí výzkumníka.

Současně je IPA závislá na individualitě výzkumníka, poskytuje velký prostor pro kreativní práci. Výzkumník poskytuje kritické a konceptuální komentáře k tomu, jak respondent přisuzuje své zkušenosti smysl (Larkin, Watts, Clifton, 2006)

V rámci IPA je analýza textu vždy zároveň jeho interpretací. Během analytické práce se výzkumník přibližuje vlastnímu úhlu pohledu a adekvátně tomu se vzdaluje od konkrétního respondenta. Interpretace dat nemůže být nikdy zcela uzavřena, ve výstupech analýzy vždy zůstává prostor pro další zkoumání. Cílem je, aby mohl čtenář pochopit a sledovat způsob autorova uvažování o tématu a případně na ně také navázat.

Výzkumné otázky, konstruované v rámci IPA, primárně vycházejí především v toho, jak respondent vnímá svoji situaci a jaký v ní spatřuje význam. Odrážejí osobnost výzkumníka a jejich formulace obsahují předpoklad o charakteristice budoucích dat. V IPA je proto třeba zařazovat co nejvíce přímých citací, aby byla argumentace výzkumníka podpořena.

10.4.2 Polostrukturovaný rozhovor

Ve výzkumu byla použita kvalitativní metodologie, konkrétně metoda získávání dat pomocí rozhovoru. Z hlediska cílů výzkumu se jako nejvýhodnější výzkumná metoda jeví polostrukturované interview. Využíváním schématu, či spíše okruhů témat a otázek, které je potřeba v rámci interview probrat, je zajištěno, že budou pojednána všechna pro tazatele důležitá témata. Zároveň dostane svůj prostor respondent, aby bylo zajištěno, že nebude opomenuto nic důležitého z jeho života (Miovský 2006). Formulace i pořadí jednotlivých otázek je také možno přizpůsobovat momentální situaci. Právě tato metoda získávání dat umožňuje uskutečnit rozhovory s různými lidmi strukturovaně a usnadňuje tak jejich srovnání. (Hendl, 2005, s. 174)

Ferjenčík (2000) připomíná, že k interviewovanému je nutné přibližovat se postupně. K pozvolnému vstupu do rozhovoru slouží představení, vysvětlení, jak bude rozhovor probíhat a k čemu bude využit, ale patří sem i tzv. zahřívací otázky, které nejsou pro respondenta nijak náročné. Jde o konverzaci na neutrální téma, která umožní jednak vzájemné naladění dotazovaného a dotazujícího se, jednak slouží adaptaci respondenta na novou situaci.

Scénář rozhovoru, který byl používán k tomuto výzkumu, je přiložen v příloze.... Podle tohoto schématu byly provedeny rozhovory se všemi zúčastněnými respondenty. Pořadí i formulace otázek byla podle situace a potřeby pozměňována.

10.4.3 Příprava a průběh rozhovorů

Rozhovory byly vedeny s pomocí okruhu připravených otázek. Protože šlo, zejména zpočátku, o co možná největší úspěšnost realizovaných rozhovorů, byl každý z vybraných potenciálních respondentů předem seznámen s důvodem našeho rozhovoru. Dotyčný člověk byl informován, jak asi dlouho bude náš rozhovor trvat, k jakému účelu bude využit a proč byl s žádostí o rozhovor osloven právě on/ona.

Data získaná od respondentů byla nejdříve zaznamenávána formou audiozáznamu. Takto získaná data byla dále upravena tak, aby mohla být prováděna jejich obsahová analýza. Z audionahrávky každého rozhovoru byl nejprve pořízen doslovný přepis. Poté byly identifikovány kategorie, které byly přerozděleny na kódy. Ke každé kategorii byla vytvořena tabulka se záznamem o způsobu, jakým se tato kategorie projevuje u dotyčného člověka. Přepis i analýza jednotlivých rozhovorů byly, v souladu s principy IPA, realizovány chronologicky, s ohledem na pořadí, v němž byly rozhovory pořízeny. Každý z rozhovorů byl tedy realizován až poté, co byl ten předchozí analyzován, aby byl zachován co možná nejautentičtější a nejdetailnější obraz každé výpovědi. V poznámce jsem pak zaznamenávala vlastní subjektivní hledisko, vlastní postřeh, nápad a v dalším kroku také interpretaci, která je nadále zřetelně oddělena od výpovědi respondentů.

Při zpracování dat bylo použito více postupů či metod se záměrem dát získaným údajům určitý smysl, přičemž byl použit způsob spíše analytický (Hendl 2005). Ve všech fázích výzkumu byla v tomto ohledu klíčová východiska IPA.

10.5 Proces sběru dat a jednotlivé fáze výzkumu

Jak bylo výše uvedeno, mým původním záměrem bylo uskutečnit rozhovory s lidmi, kteří projevují suicidální ideace nebo tendence, anebo mají za sebou jeden či více sebevražedných pokusů. Byla jsem však zastavena tabuizací tématu sebevraždy. V určité chvíli to vypadalo, že nenajdu dostatečný počet respondentů.

Rozhodla jsem se vzít tuto skutečnost jako dílčí výstup a východisko k širšímu uvažování o konstrukci výzkumného souboru. Došlo tak k realizaci její další etapy – s přeformulovanou charakteristikou respondenta. Žádala jsem o možnost udělat rozhovory se „sklíčenými seniory, kteří přes všechnu poskytovanou péči pociťují beznaděj a smutek a mohou mluvit o touze zemřít, nebo dokonce o možnosti svůj život sami ukončit“. Tabuizované slovo sebevražda zmizelo a s ním se rozplynula bariéra, která se začínala jevit jako nepřekonatelná. Možnosti rozhovorů se najednou začaly otevírat jedna za druhou. V rozhovorech se navíc začala objevovat témata, která vedla k významnému rozšíření

výzkumného souboru. Výzkum jsem se na základě výše uvedených skutečností rozhodla rozdělit do více fází. Během sběru dat a jejich průběžné analýzy se ukázalo, že některá nalezená témata nejsou charakteristická pouze pro respondenty vykazující TS, suicidální ideace nebo sklíčenost. Proto jsem se rozhodla doplnit stávající výzkumný soubor ještě jednou, a to o šest respondentů, kteří žádné suicidální signály nevysílali. Výzkumný záměr se tak rozprostřel do dvou na sebe navazujících fází.

1. fáze výzkumu

V první fázi výzkumu proběhlo 25 rozhovorů, které v rámci výzkumu analyzuji a které byly uskutečněny s lidmi zažívajícími nejen sklíčenost a beznaděj, ale také jsem u každého z nich shledala nějakou míru sebevražednosti; byly přítomny suicidální ideace nebo tendence, někteří měli za sebou suicidální pokus či pokusy.

2. fáze výzkumu

Na základě dílčích výstupů analýzy z první fáze byl výzkumný soubor rozšířen o dalších 6 respondentů. Šlo o lidi, kteří žádné suicidální signály nevysílali a navzdory svému věku se ve svém životě plně realizovali a nepociťovali ztrátu smyslu života. Původně vznikl záměr vytvořit kontrolní skupinu. V souladu s principy IPA, především s cílem zkoumat a sledovat procesy utváření zkušenosti jsem upřednostnila rozšíření původního heterogenního výzkumného souboru o další podskupiny respondentů.

10.6 Etické aspekty výzkumu

Povaha sbíraných dat byla citlivá a ojedinělá, bylo proto potřeba dodržovat a respektovat zásadu dobrovolnosti a anonymity.

Každý z respondentů byl seznámen s možností odmítnout odpověď, kdykoli by odpovědět nechtěl, případně rozhovor ukončit, pokud by si nepřál v něm pokračovat. Rovněž byl každý ujištěn, že v rámci našeho kontaktu budou dodrženy všechny etické zásady vedení rozhovoru a že veškeré osobní údaje budou pozměněny, aby nebylo možné kohokoliv identifikovat. Zároveň byli respondenti požádáni o souhlas s nahráváním tohoto rozhovoru. Samozřejmou podmínkou bylo zajistit klidné, nerušené prostředí, aby rozhovor mohl proběhnout soustředěně, v příjemné a bezpečné atmosféře.

Ve zdravotnických zařízeních bylo nezbytné, aby každý z participantů výzkumu v souladu se zákonem podepsal informovaný souhlas, který jsem s pomocí právníka pro účely *tohoto* výzkumu připravila, aby mohl být založen do jeho dokumentace. Zařízení sociálních

služeb zatím nic takového nevyžadují, v některých rezidenčních zařízeních si jej však „pro jistotu“ také založili.

Kromě organizačních a formálních otázek je tu ještě aspekt lidského setkání, komunikace a bezpečného provázení respondenta hovorem. Nedovedu si přestavit, že by bylo možné dělat rozhovory se sebevraždnými seniory bez terapeutické nebo krizově intervenční zkušenosti.

10.7 Analýza dat

10.7.1 Výzkumná otázka 1: Jak lze popsat fenomén sebevraždnosti u seniorů?

Abych se přiblížila porozumění této otázce, ptala jsme se dotazovaných, jak se cítí, co je trápí, z čeho jim bývá smutno, kdy to bylo nejhorší a co všechno je napadalo. Pokud se zmínili o sebevraždných úvahách, ptali jsme se, čím byly spuštěny, jaká byla míra jejich naléhavosti, co si vlastně přáli, co jim pomohlo přežít a jak to vidí v současnosti.

Jak už bylo zmíněno, původní zacílení na sebevraždné seniory bylo kvůli nedostupnosti respondentů rozšířeno o seniory vyjadřující beznaděj a smutek. Přesto většina respondentů v první fázi výzkumu (24 z 25) potvrdila, že myšlenky na sebevraždu znají. Rozmanitost jejich sebevraždných myšlenek a zacházení s nimi vyvolala potřebu vytvořit ještě srovnávací skupinu. Chtěla jsem se dozvědět, co si o sebevraždnosti myslí staří lidé, kteří žádné suicidální signály nedávají a jejichž život je navzdory vysokému věku smysluplný a produktivní. Polovina z nich však o sebevraždě také přemýšlí. Z konečného počtu respondentů 31 pouze 4 sebevraždné myšlenky negují.

10.7.1.1 *Podoba suicidálních úvah u starších lidí*

Někteří dotázaní popsali sebevraždné myšlenky, tendence nebo pokusy v minulosti jako něco, co bylo vyvoláno obvykle změnou nebo ztrátou, jako dvěma zásadními spouštěči krize. Stav beznaděje byl často spojen se ztrátou nejbližšího člověka, ztrátou pohyblivosti nebo zdraví, nějakou dramatickou změnou situace. U jiných je myšlenka na odchod ze života stále aktuální, ať už kontinuálně přetrvává, nebo se cyklicky vrací.

Myšlenka na suicidium představuje u některých lidí možnost odejít, kdyby bylo nejhůře. Může pro ně znamenat úlevu.

10.7.1.2 Suicidální myšlenky a tendence

S výjimkou výše zmíněné ženy všichni participantů připustili, že na sebevraždu buď mysleli, nebo ji chystali, nebo mají za sebou pokus či pokusy.

19 participantů zažilo v nedávné době (v řádu několika dnů až 5 let) myšlenky na sebevraždu. V sedmi případech šlo o suicidální fantazie, jejichž intenzita nedosáhla naléhavosti. Dalo by se mluvit o pouhém pomyslení, které bylo úlevné a které dotázaní vyjadřovali slovy „napadalo mě ledacos, už jsem pomyslela i na možnost se zabít“. Ve čtyřech případech byly tyto úvahy způsobeny smrtí blízkého člověka. U tří respondentů to byl životní partner, u jedné ženy, která byla už dlouho ovdovělá, šlo o úmrtí její sestry – dvojčete, s níž sdílela pokoj v domově pro seniory. Další respondentka „ztratila“ jediného syna, který ji nejprve začal psychicky deptat a omezovat v jejím vlastním bytě, poté ji okradl o všechny prostředky. Zanechal jí dluhy a od té doby se už nikdy neozval. Jedna žena ztratila domov a octla se na ulici.

U dalších devíti respondentů jde o myšlenky, které jsou buď dlouhodobě přítomné, nebo se stále vracejí. Pět z nich ve svých myšlenkách dospělo ke konkrétním plánům, jak by to udělali. Jeden suicidální pokus má za sebou 6 dotázaných, 2 z nich říkají, že to byl dnes už nepochopitelný zkrat. Dvě ženy se o sebevraždu pokoušely opakovaně, jedna z nich říká, že je „ráda i nerada“, že ji z toho vždycky dostali, mohla to mít za sebou. Druhá se zlobí „měli mě nechat bejt“.

Jako důvody tito lidé uváděli: osamělost (5), beznaděj (5), touha mít pokoj (4), nesnesitelná bolest na prsou (4), únava (3), nechci být na obtíž (2), nemám pro koho žít (2), nebaví mě to (2), obavy z budoucnosti (2).

I když to respondenti vyjadřovali různými slovy, všichni pojímali suicidium jako možnost vymanit se z krize, z těžké a mnohdy neúnosné situace, jako možnost oprostít se od psychického nebo fyzického utrpení, ať už je způsobeno osamělostí, depresí, nemocí, vynořením prožitých krizí, ztrátou blízkého člověka, ztrátou pohyblivosti či domova, nebo prostě únavou. Tito lidé chtěli získat klid a úlevu, zastavit trýznivé emoce.

P 5 - No já jsem něco udělala, abych už měla pokoj. No já jsem se napila a mně bylo všechno jedno. Říkala jsem, já už se z toho zblázním, já už to nevydržím... já povídám, to není žádné život tohle. Co já z toho mám, dyť chodím jako tělo bez duše, tak jsem sebrala prášky a alkohol...

P 7 - Chtěla jsem mít od všeho pokoj. Pilkou jsem se pořezala tady v zápěstích a v lokti, tahle ruka od té doby nestojí za nic, nic pořádně nechytím, špatně s ní hejbu. Hodně

jsem krvácela, říkali, že jsem měla namále. Taky jsem chtěla vykrváčet! Chtěla jsem nebejt, mít svatej pokoj. Měli mě nechat bejt.

P 12 - Dost jsem se taky dohadovala s dcerou, bylo to takové špatné. Šly jsme do sebe, co říct. Byla jsem taková smutná a popudlivá. Bolelo mě to na duši i švalo. Vzala jsem si prášky, abych měla pokoj, abych to jako skončila. Pak jsem se s tou invaliditou smířila a dcera se taky uklidnila.

Jedna z dotazovaných, která také po klidu touží a která by si přála, aby se namísto smutku a stesku mohla shledat se svými zemřelými syny a manželem, vyslovila úvahu, jak lze získat klid i jiným způsobem než smrtí.

P 19 - Eště mám jednu sestru, jedinou. Ta je o pět let mladší. Je v domově v Meziříčí, ale žádný kontakt nemáme, ona už je řadu let ztracená, nemá kontakt s nikým. Taky to měla těžké. Myslím si, jak se to člověku stane, že nic nechápe, neví. Nic si nepamatuje. Možná už nechce, už teho bylo moc.

Podobně často se objevovalo téma „bolest“. Fyzickou bolest tyto lidé vnímali jako něco, co normálně patří ke stáří, k vysokému věku, s čím se musí počítat, i když je to nepříjemné. Fyzické bolesti nevěnovali žádnou mimořádnou pozornost, jenom se o ní zmiňovali. Šlo spíše o konstatování než o stížnosti (P1, P4, P9, P25), řeč byla o bolestech způsobených artrózou, změnami na páteři, zánětem žlučníku nebo zánětem trojklanného nervu. Většinou měli naordinované léky, které jim od bolesti ulevily.

V tomto výzkumném souboru se dvakrát objevil případ, že fyzických útrap bylo už příliš, nedalo se to vydržet. Jeden respondent jednal sebevražedně, aby se zbavil bolesti. Byl v nemocnici a bylo mu špatně. Kromě bolesti u něho hrálo roli nejen to, že byl v kritické době sám, ale také jeho mírná kognitivní porucha, která způsobila, že když se objevila myšlenka na sebevraždu, nebyl už schopen ji zastavit.

P 3 - Tak sem se chtěl votrávit ne, normálně, protože doktoři mě léčili v nemocnici, čtyři dny a vůbec nic. Bolelo to eště víc, než když jsem přišel. Tak jsem si říkal, hrome manželka, ne manželka, přítelkyně vodjela na zájezd někam, tak si říkám, to bude příležitost... Ty léky sem si vzal, abych měl vod tý bolesti pokoj. Ale sem rád, že se to nepovedlo. Sem rád, že jsem živej.

Ten druhý případ je vlastně zprostředkovaný. Představuje jej následující výpověď respondenta, který přežil společný sebevražedný pokus se svou manželkou. Ona zemřela. Žena trpěla silnými bolestmi a měla panický strach z nemocnice, kde jí nabízeli vyšetření a vyladění medikace. Byla přesvědčená, že by pobyt v nemocnici nepřežila, jejím přáním bylo zemřít doma. Její manžel s ní měl veliký soucit, žili spolu 70 let. Chtěli být spolu na poslední

cestě, což byl pro ně bezesporu silný motiv. Nelze přehlédnout, že tento muž jednal sebevražedně kvůli její bolesti.

P 9 - My jsme si to takhle rozmysleli s manželkou, ale nedomysleli jsme to do toho konce, že jeden z nás to přežije. I když jsme si říkali, že to by bylo nejhorší. Ale jinak jsme to udělali jaksi v souladu, protože moje žena měla opravdu krutý bolesti v poslední době. Mně se taky nijak zvlášť nedařilo, protože já mám neuropatii v obou nohách, 90 let. A proto, že to bylo tak krásný mezi náma, tak jsme jaksi k tomu závěru dospěli oba. Mně jí bylo hrozně líto a řek jsem si, přece ji nemůžu nechat na tej poslední cestě samotnou.

10.7.1.3 Psychická bolest

Ten typ bolesti, který mnozí respondenti nemohli vydržet, popisovali jako intenzivní bolest na prsou (P 5, P 6, P 7, P 14, P 15, P 17), někdo ji pociťoval více jako bolest psychickou, jako bolest duše, tíhu a stesk (P 9, P 11, P 20) někdo říká, že i osamělost a smutek bolí fyzicky (P 18).

Takto popisuje Shneidman (1998) psychache, psychickou bolest nebo bolest duše.

„Psychache je zranění, utrpení nebo bolest, které zachvátí mysl. Je skutečně psychická, je to bolest z příliš pociťovaného studu, viny, strachu, úzkosti, osamělosti, úzkostného strachu, hrůzy ze stárnutí nebo těžkého umírání. Pokud se psychache objeví, její introspektivní realita je nepochybná. K sebevraždě dojde, když je psychache považována za nesnesitelnou a smrt je aktivní snahou zastavit neustávající příval bolestného vědomí“ (Shneidman 1977).

P 7 - Ale nejhorší je takovej ten pocit, že vám je zle, strašně zle, taková ukrutná bolest tady na srdci.

P 8 - Hrozná bolest to byla, tady na prsou, úplně u srdce. Chtěla jsem mít pokoj. Tam nikdo nebyl, nebylo komu říct.

P 16 - Když jsem se chtěla zabít, to bylo jako když mi leží kámen tady na srdci jako, těžko sem se nadechovala a furt sem měla myšlenky, ty už jiná nebudeš.

P 19 - Ty smutky a bolesti, když přijdou, to vám je hrůza. Bolí to, moc to bolí. Tady na srdci. Já na ty své děti moc myslívám, často jsem u nich. Vzpomínám. Na co tu mám myslet? Chtěla bych za nimi.

10.7.1.4 Deprese

Deprese je jedním z nejčastějších psychických onemocnění seniorů, která bývá často podceňovaná nebo nerozpoznána. Její projevy jsou někdy chybně připisovány stáří. Neléčená deprese zhoršuje kvalitu života seniora a může vést k sebevraždě.

R 7 - Ty deprese už mám roky, těžký deprese, nejmiň šest let. Léčím se, ležela jsem na psychiatrii v Bohnicích, v Budějčích, víckrát v Písku, tam mě i zbavili svéprávnosti. Ted' jsem zase už svéprávná.

P 14 - Zlobily mě nervy. To už je ted' lepší, ale záda a nohy mě bolí. No, sem taková, nic mě nebaví, netěší, no, jsem taková smutná, smutná. Já to mám poprvé.

P 18 - Já jsem se sem dostal, protože mě tady hrozně bolelo na prsou. Ta bolest jako povolila, vypadá to spíš, že je to strach. A ten strach, když se projeví, tak to taky bolí. Černý myšlenky já mám pořád.

Za zmínku stojí nepochybně i ty situace, kdy je člověk ochoten život v klidu opustit v důsledku nějaké události. Někdy je to doufání, že zemře. I když to není přímé suicidální jednání, domníváme se, že společného jmenovatele se sebevraždou tyto postoje mají.

P 19 - Když jsem šla na tu druhou operaci, doufala jsem, že to nepřežiju, že sa neprobudím.

P 23 - Já mám ale dobrou povahu, jak voni jdou do nemocnice a strašně se boje, jestli se z té narkózy vzbuděj, já se nebojim. Vzbudím se, nebo se nevzbudím.

Také se objevily myšlenky tomu konci jen trochu pomoci.

P 2 - tak jsem v noci si říkal, radši já nebudu jíst, aby se to zkrátilo.

P 10 - Už jsem někdy taková unavená, že se mi nechce nic. Ani nikam jít, ani dýchat.... Ale říkám si, že až nebudu už vůbec mít chuť dýchat a přestanu, že to přece není ten čin, jako ta sebevražda, to je jako že už nemůžu, nemyslíte?

10.7.1.5 Nemoci

Téměř každý z našich respondentů má nějaké zdravotní problémy. Často jde o vážné onemocnění, u některých z dotazovaných se objevují vícečetné diagnózy, polymorbidita. Podobně jako bolest většinou senioři přijímají nemoci jako něco, co patří k jejich věku a co jsou připraveni snášet.

P 2 - už jsou léta tady, a já na sobě pozoruju určitý věci, který prostě, nedá se nic dělat, je to tak (potíže s páteří, bolesti zad, obtížná chůze). Já musím počítat s tím, že mě v 93 letech bude něco bolet, prostě se to připravuje k tomu konci.

P 19 - Mám vyhrězlé střívko, mám to v tem sáčku a v sedě mě to bolí. Ale moc toho nenachodím, jsem taká slabá.

U některých respondentů se vyskytovalo nemocí opravdu hodně. Přesto si nestěžovali. Žena v následující výpovědi podávala výčet svých nemocí s jistou hrdostí.

P 23 - Nejdřív jsem měla normálně žlučník, ten mně vzali, potom mně vzali celý prso, začalo mě zlobit srdíčko a takový ty nemoci. Rakovinu dělohy, to mi brali dělohu, brali mi vaječníky. Začala jsem hodně jezdit do nemocnice, protože jsem měla hodně vysoké tlak, 220 to bylo u mě normální. Mě potom začalo bolet strašně v zádech... pak jsem šla do Vojenský nemocnice na operaci páteře. Pak jsem ještě upadla a zlomila jsem si kyčel, mám ještě operovanou kyčel.

Zlomenina krčku femuru je nejčastějším úrazem seniorů, který je závažný a někdy člověka upoutá trvale na lůžko. Tak je tomu v následujícím případě.

P 24 - Tak nejdříve jsem upadla, zlomila jsem si nohu. Bylo to u pravý nohy, krček. Tak to mně to ještě operovali. Pak jsem upadla podruhé, to už byl ošklivej pád, zase jsem si zlomila nohu, krček, ale zase na druhý noze. Jenže tam přešla nějaká doba mezi tím, tak řekli, že už by to bylo na tu operaci dost vážný, jo, že už by to nemuselo vydržet srdce. Jenže já jsem udělala hloupost, já jsem měla na tom trvat. Já jsem chtěla na tom trvat, oni mně to rozmluvili, hlavně naši, takže jsem taková postižená. Musím ležet na tu nohu.

P 25 – K jinýmu (doktorovi) jdu zase jinou středu, kvůli páteři, kvůli kloubům ruky, já mám tady takovejdlé hezkej kloubek, že jo, mám artrózu prstů a pořád se ještě snažím hrát na piano.

10.7.1.6 Morální zábrany „sáhnout si na život“

Řada dotázaných měla nějaký problém „sáhnout si na život“. U věřících křesťanů to přímo souvisí s jejich hodnotovým systémem, kde sebevražda je hřích. Na jednu stranu by tímto krokem vyřešili svou těžkou situaci, na druhou stranu nechtějí přestoupit boží zákon, udělat něco, za co by třeba zaplatili nebem, věčným mírem.

P 1 – Kdybych nebyla věřící, tak skončím (se životem).

P 3 – Na druhé straně, v noci jsem měl takový polosen, bych řekl, jako kdyby někdo ke mně promlouval a řekl mi, heleď se, nepřemejšlej nad tím, ty sis život nedal, tak ho nemáš zkracovat... tak jsem si říkal, skočím dolů a bude konec. Stačí se jenom takhle překlomit. To by bylo jistý. A říkám ne, to by byla zbabělost, zbabělost. Protože ten hlas mi říkal, ten život jsi dostal a nesmíš si ho brát. To je přestoupení, který by sis nikdy nikomu nemoh zodpovědět.

P 21 – Ale copak si mohu sahat na život?

P 13 – Myslel jsem na to hodně, ale snad bych to neudělal. Když je hodně špatně, prosím Pána Boha, aby mi pomohl.

P 15 - ...ale zase mě známá (katechetka) straší peklem. Že bych přišla do pekla, kdybych si něco udělala. A to na mě nepůsobí dobře, no.

Podobně uvažují i lidé, kteří nemají křesťanské vyznání, ale jejich víra v něco, co je přesahuje, jim také dává stopku. Člověk má vypít svůj pohár do dna, něčemu se naučit, k něčemu dorůst.

P 10 – Akorát se bojím, že kdybych si vzala prášky, bylo by to špatně. Žádný nebe...

10.7.1.7 *Role smyslových omezení*

Smyslové hendikepy hrají u seniorů významnou roli. Ochuzují jejich kontakt se světem, a tím prohlubují pocit osamělosti. Helen Kellerová, americká spisovatelka, lektorka a aktivistka, která ve svých dvou letech ztratila zrak i sluch, řekla, že ztráta zraku vzdaluje člověka od věcí, ztráta sluchu od lidí (Kellerová 1905). Také ve svém výzkumném vzorku jsem viděla, že nejvíce izolovaní a osamělí si připadají ti, kteří trpí výraznou ztrátou sluchu (P 2, P 21). Respondenti se slabým zrakem nebo s jeho úplnou ztrátou (P 18) byli spíše omezeni ve svých možnostech aktivit a nejistí.

P 2 - Pro mě nejhorší je, že jsem na tom špatně se sluchem. Já už musím mít sluchadla. Ale když to říkám doktorovi, tak mi říká, prosím vás, co chcete, podívejte se, kdy jste se narodil, je vám 93, vždyť jste tu přes čas. On ví, že já rozumím té legraci a té diskuzi. On říká, že nejlepší by bylo, aby měli staří lidi všichni tuhle vlastnost, aby to dokázali spolknout to stáří.

P 21 - Já špatně slyším, to je první věc. Tady sú všeko starý lidi, tak v mojom věku někteří, nemluví, jenom šepotají, já neslyším, já nemožu sa. Já sem rád, že vás aspoň slyším, když jste tak blízko mojich uší. To je beznadějně. No, to sa zhoršovalo pomalu, možná už rok sa horší, stejně jako zrak. Špatně vidím, špatně čtu, je to všechno pro mňa obtížné.

Několik respondentů si stěžovalo na slabý zrak, na potíže se čtením nebo rozpoznáváním obličejů, špatně viděli na televizi. Jeden z nich ztratil zrak úplně.

R 18 - Ztráta zraku byl šok. Přičítám to tomu stresu, jak manželka umřela. Padesát roků jsme byli spolu. Tak je to myslím kolem devíti let, co jsem přestal vidět. Jezdil jsem po různých léčeních, operacích a tak dále, nakonec byl závěr, že to nejde vyléčit. To je jako od sítnice jako, no a to je odumírání cév a prakticky se neprokrvuje.

10.7.1.8 Nezpracované životní krize

Další kategorií, kterou chci zmínit, jsou nezpracované krize, které se mohou stát jedním z oslabujících prožitků pootevřajícím dveře sebevražednému uvažování. „Zlé vzpomínky“, se mohou v nečekané intenzitě začít vynořovat třeba až po mnoha desetiletích. Traumatické zážitky nedávne nebo třeba i velmi dávne, prožité v dětství, se mohou do vědomí drát nečekaně velkou silou. Těžké zkušenosti nezpracované v příslušném čase adekvátním způsobem mohou způsobit zmatek, nejistotu i utrpení a mohou člověka psychicky oslabovat, někdy až paralyzovat. Prožité krize nelze zařadit do jedné z PBSP potřeb, protože mohou různým způsobem a různou intenzitou zasáhnout kteroukoliv potřebu.

P 25 - A potom teda taky moje maminka měla třetí porod, tenkrát ji nesli kolem mé postýlky, já už jako dítě spala špatně, maminku mi nesli kolem lůžka, já jsem do rána neusnula, 4 ½ letý dítě, já pak o tu maminku měla celý život strach... Sourozence jsem měla tři a umřeli. Ty umřeli druhý den, nebo snad tejden, ty ani nebyli doma. Maminka to málem odnesla. (místo, bezpečí)

Nepovažuji za náhodu, že právě tato žena zůstala bezdětná.

Mezi špatné zkušenosti, hrající významnou roli v oslabení psychické síly a odvahy ustát těžké věci, patří všechny typy zneužití (Lucká1995). Zážitek nerespektu člověku vtiskne pocit „nestojíš za nic, každý si s tebou může zacházet, jak chce“. Zneužití může implikovat pocit bezcennosti a bezmoci, odkud vede zkratka k sebevraždě. Následující zkušenosti respondentů hovoří o sexuálním a fyzickém zneužití (limity).

Na těžké zážitky sexuálního zneužití v dětství u následujícího příběhu také v pravém čase nepřišla odpovídající reakce. Její matka se poté, co se jí dcera se svou situací svěřila, nervově zhroutila a byla hospitalizovaná na psychiatrii. Trápilo ji, že jí to dcera neřekla dřív. Možná i to podpořilo rozvoj pocitů viny této respondentky. Možná i to přispělo k rozvoji jejího duševního onemocnění. Po porodu jí diagnostikovali puerperální psychózu, později schizofrenii.

P 15 - Já jsem měla strašně ošklivý dětství a pořád na to jako vzpomínám, na to dětství, a nemůžu se z toho vymanit. Já jsem byla zneužívaná strýcem ve dvanácti letech. A vono to se mnou de, nemůžu se toho zbavit. Hodně se mi to objevuje. Mám špatný pocity, že jsem s tím souhlasila. Já sem se bála, von mi říkal, že mě zabije. Já kam du, tak furt na to myslim, na nic se nemůžu soustředit, a tak to jako na mě zase těžce lehlo.

Další respondentka zažívala tvrdou ruku otce. Ve dvanácti letech ji ztloukl gumovou hadicí přes hlavu a způsobil jí neustávající tinnitus.

P 5 - To je z toho bití, to víte že jo. Von se mně bratr utopil, ne, a on mně todleto udělal. No a ten bratr taky umřel, ten vlastně se utopil, tomu bylo devět. Tak vono to tam bylo všechno takový na draka. Nenašel se vůbec, spad pod led. To byly velký kry, takhle velký kry, silný. To bylo taky...

Další žena zažila rovněž zneužívající zacházení rodičů, zanedbávání a fyzické týrání. Její nejšťastnějším obdobím byly roky prožité v dětském domově. Následkem těchto zkušeností nebyla schopna vidět svou hodnotu a sama se sebou a se svým životem nakládat s respektem.

P 16 - A byla jsem ještě v jižních Čechách v Kašperských Horách, tam jsem byla v dětském domově. To jsem byla ještě malinká, ještě jsem nechodila do školy. Byla jsem tam do dvanácti let. Můj táta pil, s mámou prali se, no hrůza, prostě no. To byl pěkný domov... Nejvíce mě mrzelo, že máma, za to že jsem jí všechno udělala, vyprala jsem jí prádlo, to u nás tenkrát neexistovala pračka, a umyla jsem podlahy, všechno jsem dělala, a ona mě za to ještě třískala. To víte, byla jsem v pubertě, tak jsem asi byla drzá, já byla taková paličatá, a ona mě strašně mlátila. Nebylo to lehký, ale já si nějak nestěžuju, ono mi to pak nevadilo už.

Další respondent se nevrací ve svých vzpomínkách tak daleko, jeho trauma se odehrálo před devíti lety. Tehdy jej zasáhla smrt jediné vnučky a následně manželky, s kterou si velice rozuměli, byli spolu 50 let. Paní onemocněla a zemřela poté, co jejich jediná vnučka zemřela ve 25 letech na rakovinu. Smrt manželky dává do jasné souvislosti se smrtí vnučky. Stejně jasně vnímá, že o zrak přišel v důsledku těchto dvou ztrát.

P 18 - já poslední dobou, už delší dobu, jako špatně spávám. A to mě jako ty myšlenky a ty sny mě napadají právě. Tak to sou takové sny. Stále takové smutné, jak bych to řekl, takové... Není to napůl sen, jsou to takové nepříjemné sny, o jakých člověk ani nepřemýšlel, které by člověku ani nepřišly na mysl. Takové neřešitelné problém, neuzavřený, víte, to je tam dokola.

Je pochopitelné, že během let dlouhého života každého z respondentů potkalo něco velmi těžkého. Někteří zažili útrapy války. Jeden dotázaný žil v době protektorátu v Sudetech, potom studoval ve Vídni. Docela věcně popsal své zkušenosti. Když vzpomínal na kamarády, kteří na rozdíl od něho museli na frontu a kteří také zahynuli, na chvíli se ponořil do velkého smutku. Jeho slova působila klidně a vyrovnaně, ale jeho tělo i hlas smutek intenzivně vyjádřily.

P 3 - Když přišel záběr Sudet, tak mi bylo 13 roků, byl jsem školou povinný. Já jsem vlastně mluvil německy s rodičema doma, moje matka byla původem Němka. Tak smíšený manželství to bylo. Studovat jsem musel jít do německých škol. V 15 letech jsem začal chodit

na průmyslovou školu do Vídně. Dokonce jsem musel jít k odvodu, oni říkali, vy jste Čech, bydlíte v Čechách, my vás nechceme na vojnu, abyste bojoval za Velkoněmeckou říši. To jsem musel jako chlapec, to mi nebylo osmnáct, ti moji spolužáci a kamarádi z vesnice byli většinou Němci. Postupně všichni narukovali a postupně taky skončili. (bezpečí)

P 9 - Nejhorší pro mě byla ta smrt mamky, to jsem si říkala, že ten život nemá cenu, že bych to skončila. Dost jsem tehdy myslela na babičku. Ta kdysi skočila do studny. (podpora)

Další respondentka zažila ve svém dětství velikou bídu. (výživa)

P 19 - Dětství nebylo pěkné. Naši byli chudí, moc chudí. Museli jsme hodně pracovat. Bylo nás sedm dětí, já byla pátá. Ale moc si pamatuju, jak mí starší sourozenci přišli ze školy a museli do služby k sedlákovi, aby něco přinesli. Velká chudoba to byla, tatínek se vrátil z první světové války nemocný, zemřel ve 47 letech. První republika nebyla žádný ráj, dávky nebyly, důchody nebyly. Tak to bylo všelijaké. Vzpomínky nejsou zrovna dobré. Ta chudoba byla zlá.

Následující sdělení je velmi stručné. Emoce, která jej provázela, byla i po těch letech výrazná, velký smutek.

P 21 - Můj život byl trochu... Když mně bylo sedm roků, zemřela mně maminka. Ona měla 33 roků. Měla srdéčko, dneska to všechno léčí a operují, tehdy nebylo tolik techniky, jako dneska. (místo)

Pak pokračoval.

Za války jsem byl totálně nasazený, Němci nás nechali kopat zákopy. Tady nejdřív ve Valašském Meziříčí, a potom tady v Rožnově. Čekali, že tady budou fronty, že tady zastaví ruské vojáky. Tak jsme museli v zimě, taková byla zima, byl rok 1944... Ale to vám byla zima, mrzlo, mraze byly, zem byla zmrzlá, vite, to všechno jsme museli kopat. V zákopu utíkali jsme do lesa, do takového srubu, ani jsem doma nešel spávat, bál jsem se, že gestapáci pro mě přídú, že nás zatknú. Oni se teda s nikým nemalovali. Hned šel ke zdi a odstřelili. (limity)

Další příběh se týká ženy, která se narodila velmi mladé matce, která ji nepřijala. Jako roční dítě ji předala své babičce a už se o dceru nikdy nestarala, ani finančně ani jinak nepřispívala na její výživu. Když se podruhé vdala, dařilo se jí dobře, ale o dceru už zájem nikdy neprojevila.

P 23 - Mojí mamince bylo 16 let, když jsem se narodila. Málem mě pustila do záchodu. A když mně byl jeden rok, tak ta prababička si mě vzala do Jindřichova Hradce. A já už jsem u mámy vůbec nebyla. No ale máma si mě prostě už nikdy nevzala k sobě. Jo, s mým tátou se rozvedli, oni se rozvedli. Táta potom zahynul, skočil pod auto. (místo)

Také tato žena zažívá dál těžké věci. Po smrti manžela se k ní nastěhoval jediný syn, když odešel od své manželky, na chvíli, než si něco najde. Zůstal napořád a postupně se v bytě začal roztahovat a ji usurpoval. Poté ji ještě okradl (bezpečí).

Žena, která zažila během války mnoho útrap (totální nasazení, hlad, nálety, otec zahynul v koncentračním táboře, bratr pak zemřel po návratu z něj), byla překvapená, že se jí až poslední dobou tyto těžké zážitky vynořují.

P 31 - Tady je konečná, žádné pokračování, konec, odsud se už neodchází... Je mi někdy těžko, mívám zlý sny, někdy mě hodně trápí zlý vzpomínky, který, nevím proč, se mi začaly až teď připomínat.

10.7.1.9 *Možností sdílení suicidálních myšlenek*

Mnozí respondenti našeho výzkumu často nemají nikoho, s kým by mohli o svých sebevražedných úvahách mluvit. Pouze ti, kteří jsou v psychiatrické péči, mají prostor tyto své myšlenky sdílet, většinou se svým psychiatrem nebo psychologem (P6, P7, P8, P14, P15, P17). Vypadá to, že když se osmělí a jsou o těchto svých myšlenkách jednou schopni mluvit s odborníky, kteří se jich ptají, mohou pak mluvit i s někým dalším (např. P6 s katechetkou). V charitních seniorských domovech mě příjemně překvapilo, že téma sebevražednosti není tabu a obyvatelé se suicidálními úvahami jsou svými duchovními podporováni ve víře, trpělivosti a modlitbách. V kontextu víry pak mohou verbalizovat své úvahy (P 19, P 21) a mohou se vyzpovídat. Specifickou skupinu tvoří ti, kteří sice prostor ke sdílení mají, ale své suicidální úvahy sdílet nechtějí (P26, P27, P29).

10.7.1.10 *Souvislost úvah seniora o sebevraždě s jeho životní etapou*

Polovina dotázaných (13) má sebevražedné myšlenky delší dobu, nebo je zažívá opakovaně. Avšak pouze u dvou žen z našeho výzkumného souboru se sebevražedné uvažování objevilo už před mnoha lety. U obou to bylo v souvislosti s úmrtím blízkého člověka (P1 – dítě, P9 – matka).

P 9 - Nejhorší pro mě byla ta smrt mamky, to jsem si říkala, že ten život nemá cenu, že bych to skončila. Dost jsem tehdy myslela na babičku. Ta kdysi skočila do studny.

Na ten konec jsem často myslela. Měla jsem léky, které by mi pomohly... Je už to vlastně hodně dlouho, co mě to poprvé napadlo. Tu myšlenku jsem od té doby nikdy neopustila úplně.

P 25 - Když umřel manžel, ta samota na mě padla. Nebavilo mě žít, chtěla jsem to skončit. Pak jsem se z toho trochu dostala. Ale občas na to myslím. Na Vánoce mi bylo blbě, to už jsem taky nevěděla, jestli to zvládnu. A teď mě to napadá zase.

P 20 - Kolikrát mě to napadlo. Ale napadají takové myšlenky. Protože ta samota a taková zbytečnost žití na tom světě.

Vypadá to, že sebevražedné téma respondentů je spojeno s etapou stáří a souvisejícími problémy.

Přestože bylo kritérium výběru respondentů změkčeno tak, že jsme žádali o rozhovor nejen lidi se suicidálními ideacemi, tendencemi či pokusy, ale také lidi, kteří přes všechnu poskytnutou péči vyjadřují beznaděj a smutek a kteří mohou případně i uvažovat nebo jednat sebevražedně, ukázalo se, že nikomu z interviewovaných sebevražedné téma nebylo cizí. Pouze jedna žena sebevražedné myšlenky negovala, od personálu domova pro seniory jsem však slyšela, že nejednou mluvila o tom, že „to skončí“. Všichni ostatní respondenti znali a zakusili suicidální myšlenky, každý z dotázaných je potvrdil a někdo obsírněji, někdo naopak zdrženlivěji objasnil, v jakém kontextu se vynořily, kdy byly nejintenzivnější, zda a jak byly překonány, jestli a kdy suicidální fantazie znovu přicházejí. Poté, co byl výzkumný soubor rozšířen o dalších šest seniorů, kteří žádné známky sebevražednosti nikdy nevykazovali, ukázalo se, že tři z nich také o sebevraždě uvažují.

10.7.1.11 *Hodnocení vlastního života*

Zajímalo mě, jak každý z participantů výzkumu mluvil o svém životě, jak ho v době, kdy probíhalo interview, viděl nebo hodnotil. Byly v tom velké rozdíly. Tuto otázku jsem přímo nepokládala, ale někteří respondenti spontánně nějaké hodnocení svého života vyjadřovali. Snažila jsem se pak zpětně u každého rozhovoru pomocí pětistupňové škály zachytit, jak byli tito lidé spokojeni se svými životy, jak je hodnotí v tuto chvíli. Byla to vlastně otázka „jsem spokojen/a se svým životem?“ U těch, kteří to výslovně neříkali, jsem usuzovala z jejich výroků a projevů. 10 z nich jsme zařadili do škály určitě ano, 3 spíše ano, 6 něco mezi, 5 lidí spíše ne, ale nikdo se nedíval na svůj život tak, že s mu vůbec nevydařil, že s ním zásadně nebyl spokojený.

V některých případech byly odpovědi nepochybně ovlivněny depresí nebo úzkostí. Dá se předpokládat a doufáme, že takhle to tito respondenti nevnímali vždycky.

P 18 - Já jsem učil na průmyslovce. No, byla to práce, a člověk se něčím žít musí. To mi radost nedělalo.

Mně je smutno pořád. Já se neumím moc kamarádit, jo. Ani tady se neumím kamarádit, nemám tu kamarády, jo.

P 1 - Dobře mi nebylo, co je syn na světě (36 let), dělal problémy už jako malé.

Ukazuje fotografii své malé dcerky.

To jsem měla kdysi takovou tragédii. Hezká, že? Tak to je ona, Martinka. Tři roky. Taky že jsem strašně chtěla náhradu, tak jsem toužila mít další dítě. Tak se narodil a takhle to dopadlo...

R 7 - Ale ten život vlastně nebyl moc dobrej. Pořád práce, starosti, pořád něco bylo. S mužem to šlo, ale ne že by to bylo bůhvíco. Ale byla jsem na něj zvyklá. A jak to dopadlo s dětma, víte (zemřeli dva synové a vnuk, dcera trpí depresemi). Nemám moc důvodů být ráda na světě. Ale já jsem byla už jako dítě taková smutnější. Naše mamina byla dost tvrdá, nepochválila, nepohladila, někdy mi už jako holce bejvalo dost těžko.

Hodnocení některých respondentů bylo někde uprostřed škály. Uvedené negativní zážitky jsou zarámované pozitivními vzpomínkami.

P 11 - Včil je takový svět blbý, protože každé starý lidi odhání od sebe. Toto jakžev nebolo, pane Bože. Dyby moh být doma, tak ať je. Tam bývale decke u každého domu vejminky. A včil nemáte nic a všicko aby to ten stát táh.

P 16 - Můj táta pil, s mámou prali se, no hrůza, prostě no. To byl pěkný domov...

On můj muž pil. Z práce šel rovnou do hospody, ale to by mi ani tak nevadilo, ale on pak začal shánět ženský, tak už jsem podala žádost o rozvod a rozvedla jsem se s nim. Pak jsem se vdala podruhé a zase to samý, tak jsem se rozvedla podruhé.

P 19 - Celý život byl moc těžký, už nemám sílu, chtěla bych umřít, už mít klid. Muža jsem měla hodného, měli jsme se rádi, ale brzy mi umřel. Mladý, jako můj tatínek. Jsem vdova už skoro, už to bude 50 let.

10.7.2 Výzkumná otázka 2: Které PBSP potřeby jsou u seniorů ohrožených sebevraždou v největším deficitu?

10.7.2.1 Potřeba místa a její deficit

Zajímala jsem se jak o to konkrétní místo, kde byli participanti, ať už dočasně, nebo dlouhodobě, tak i o místo v symbolickém významu, místo, jaké zaujímají a zaujímali ve svých životech.

Otázky mapující potřebu místa byly někdy položeny, jindy na ně nedošlo. Situace změny nebo starosti „s místem“ byly někdy tak naléhavé, že o nich dotazovaní začali mluvit

hned po pozdravu. Také se opakovaně stávalo, že se respondenti ponořili do svého vyprávění a úvah a nenechali se vyrušit žádnou otázkou. Dívali se do dálky, aniž přerušili proud svých myšlenek. Naslouchala jsem jim s velkým respektem a na svých otázkách jsem netrvala. Domnívám se, že i tak jsem se dozvěděla vše, co bylo možné.

Pokud je dobře saturována potřeba místa, jak ji chápe Albert Pesso, je člověk doma ve svém těle, cítí se doma ve své vlastní mysli a může se cítit doma kdekoli na světě. Má své místo na světě, v životě, v rodině, ve vztazích, v zaměstnání, je doma v tom, co dělá a čím žije. Člověk, který má v syčení této potřeby deficit, si své místo hledá obtížněji. Chybí mu ta míra samozřejmosti, s níž si člověk bere, na co má nárok. Jedinec, jemuž nějaká zátěžová událost nebo situace vynesla na povrch deficit potřeby místa, může být velmi citlivý na své osobní věci, na své místo u stolu, u televize. Člověk, který si není svým místem jistý, se domáhá ujištění, že je tu správně, že sem patří (domů, do domova, do rodiny, na tenhle svět).

Potřeba dobrého místa na světě se objevila ve všech rozhovorech. Následují příklady, jak tuto potřebu vyjadřují někteří dotazovaní. Někteří respondenti kladli důraz na to, jak se mají nyní, doma, v domově, v nemocnici nebo léčebně. Jak se tam, kde jsou cítí nebo necítí dobře. Někteří v této souvislosti zmínili, odkud pocházejí a kde se tady vzali. Někteří se dostali i k tomu, jak se cítili „doma“ ve svém životě.

P 24 - Byly jsme tady (v domově pro seniory) s mojí sestřičkou, my jsme byly dvojčata. Jenže ona už mně zemřela, je to čtyři roky. To sem taky těžko nesla. Zvláště u děvčat je to pouto. Já jsem měla dětství krásný, protože jsme vyrůstali na venku. Jsem z Malého Boru u Horažďovic. Takový Pošumaví. Jenže bohužel už jsem 31 roků vdovou. Tak jsem taková, vždycky si tak vzpomenu na všechno, na ty krásné chvíle, kdy jsme chodili do divadla, na koncerty. S manželem jsme chodili, protože jsme měli na to zaměření. Moc jsme to milovali, vážnou hudbu a divadla. Děti nemám, mám nevlastního syna, protože já bohužel děti mít nemohla. Tak jsem si vyvdala syna. Ale jsou moc hodný. Snacha, ta sem chodí obden. Manžela jsem měla hodného všema směry. Mám ho v srdci, mám. Moc na něj ráda vzpomínám, protože od něj jsem i dost něco pochytila.

Respondentka působila neuvěřitelně laskavě, vděčně a smířeně. Mimo jiné mě zaujalo vyjádření, že má manžela v srdci. Mít dobré místo v životě znamená pro přicházející dítě, že má místo „v srdcích“ svých blízkých. V průběhu života se pak člověk dostává ke schopnosti zajistit si své místo v interakci s druhými sám. Vytvořit místo v srdci pro své blízké je v možnostech člověka dobře zasazeného v životě.

P 25 - Rok jsme si na tomhle bytě dělali, než jsme se vrátili z Loun. Já jsem blízko metra, mám tam blízko doktora.

V Lounech jsem mohla doprovázet dětský sbor Kvítek, to bylo něco. Originální skvělé skladby. Tehdy mi nabízeli učit na konzervatoři. Ale já jsem měla být k tomu místu *matematika* – statistika.

Toto sdělení bylo řečeno s trpkostí. Zmíněná žena neměla život takový, jak by si přála. Lékaře má blízko, ale ten je neschopný. V Lounech byly krásné možnosti, ale nebyla to Praha. Mohla učit na konzervatoři, ale přišla by o byt.

Další respondent se realisticky rozhodl nastoupit do domova pro seniory, ale jeho místo to není. Stejně jako nebyl úplně doma ve své rodině, když mu v jeho sedmi letech zemřela maminka a otec se znovu oženil.

P 21 - Zůstal sem sám v baráčku našem. Naši sa odstěhovali. Viděl jsem, že už nezvládám ani to nádobí umyt', už mě nohy bolely. Tak jsem říkal, moji drazí, já sa budu muset' shánět po nějakém tom příbytku.

Já jsem strašně chtěl jít do Valašského Meziříčí, tam do nějakého starobinca, ale nebylo tam místo.

Všude, kde mají k tomu východu okna (v domově), tam jim pěkně svítí slunéčko. Tady slunéčko přejde po obloze, zapadne a už ho není. Pár paprsků se někdy odrazí. Chybí mi slunéčko.

Tento muž měl už svůj slábnoucí zrak upřený tam, kam ostatní nevidí. Přesto toužil vidět víc světla, nebo být blíže původního domova.

Většina dotázaných zmínila pobyty v nemocnicích, s nimiž bylo spojeno „dali mě *dohromady*“.

V následujících dvou případech zaznělo velmi jasné hodnocení toho, jak se cítili v nemocnici nebo v léčebně dlouhodobě nemocných špatně. Nebylo to „dobré místo“.

P 19 - V té nemocnici to bylo zlé, ve všech těch nemocnicích a eldéenkách to bylo zlé, to už bych nechtěla zažít. Co mi dávali najevo... Jen jsem obtěžovala. Tady je to jiné (domov pro seniory). Jsem tu jako doma.

P 20 - Já jsem byl v nemocnici, pak jsem byl na eldéence, z toho mám největší strach. Já tam být dostatečně dlouho, tak to je moje smrt. Já jsem tam viděl, že člověk je jenom kus. To není člověk, to jsem povídal, že stačí jenom dát číslo a nemusí vědět, jak se jmenuje.

Velký deficit potřeby místa ukazuje další respondentka.

P 16 - My jsme sem jednou jeli na dovolenou a mně se tady líbilo, tak vlastně celý život žiju tady (v Písku). A byla jsem ještě v jižních Čechách v Kašperských Horách, tam jsem byla v dětském domově.

Já bych si přála vlastní byt, já nevím, jak to v tom domově důchodců, mám zažádáno. Představte si v tomhle bejt venku (sníh a mráz). Já byla venku. Spala jsem pod mostem. Ale když přšelo, nebo byla bouřka, tak ono se to tím prohánělo a stejně na mě přšelo.

Tato žena neměla dobré místo ve své rodině. Zažívala násilí, alkoholismus rodičů, byla od předškolního věku do 12 let (asi 7 let) v dětském domově, na který vzpomíná jako na nejhezčí období života. Domů si ji rodiče vzali, až když ji potřebovali jako pomocnici v domácnosti a jako chůvu pro mladší sourozence, i potom ji „strašně mlátili“. Není náhodou, že právě ona si nedokázala své dobré místo v životě vytvořit a ochránit a skončila na ulici.

Následuje sdělení muže, kterému se podařilo znovu najít své dobré místo na světě. Ztratil ženu, s níž, jak řekl, prožil bohatý, dynamický a vším naplněný život. V domově pro seniory, kde žije, dělá muzikoterapii, chodí nemohoucím klientům na nákupy, do lékáren, navštěvuje je na pokojích.

P 31 - Já to místo nevnímám jaksi. Žiju venkem a svým oborem. Teď jsem tři roky spolupracoval s vynikajícím odborníkem z Akademie věd na 600 stránkové monografii. Já žiju venkem. A pomáhám.

Stesk po domově

P 5 - Jsem, jak bych to řekl, jsem bezdomovec, kterej má kam jít a nemůžu. Pro mě je ten domov moc důležitěj.

P 11 - Tade všicko mám, ale doma je doma, mám tam všicko. Depak tady doma. Já se enem ráno probudím, podívám se do oken a já nejsu doma zas, já nejsu doma. Nemám se tu zle, bože chraň, mám se dobře, ale ten domov néni, domov néni, proč já sem na tem taká závislá.

Stesk po lidech, kteří zemřeli

P 16 - Všichni jsou dneska mrtví, jenom já žiju. Nemám nikoho, ani kamarády, úplně všichni umřeli. Ty, co sem měla ráda, ty taky. Než by se mnou žili, tak radši, chudáci, umřeli.

Syn se mi zabil. No on utek napřed eště za komunistů utek do Řecku a tam dělal v nějakým autoservisu a asi projížděl auto a zabil se.

P 19 - Já na ty své děti moc myslívám, často jsem u nich. Vzpomínám. Na co tu mám myslet? Chtěla bych za nimi.

P 20 - Bylo to krátce (manželství), bylo to jenom 18 let, ale díky bohu za těch 18 let. Ale teď mi chybí, hodně mi chybí.

P 21 - Dobře jsme se měli, my jsme spolu žili 62 roků. To sa nedá popsať, to sa nedá vyjádriť. Ešte dneska mi slzu dú do očí. Sílu jsem bral na modlitbách.

P 23 - ...a druhej den jsem potkala svýho muže. A mně se vám tak zalíbil, ale tolik, on byl krásnej, ale opravdu krásnej, dva metry měl, štíhlonkej jak panna. A já jsem říkala, jéžíš, toho bych chtěla za muže. A on normálně přišel, začali jsme se bavit, to byla láska na celý život. Byli jsme spolu 49 let a 4 měsíce. Chybí mi.

Osamělost

P 7 - Mně už vlastně moc nezáleží na ničem. Prej to není dobře. Ale co mám dělat? Syn mi umřel, muž mi umřel, nemocná jsem, sama jsem. Na čem by mi mělo záležet?

P 10 - Všichni jsou pryč. A já tu nejsem pro nikoho. Nemám co dát. Nikomu nepomůžu, nic už mi nejde. Jsem taková, no, marná. A jsem sama. A teď si říkám, už abych nebyla. A stejně je mi smutno. Když jdu ven a nikdo mě nevidí. Nikdo se na mě nepodívá. Někdy si myslím, že jsem neviditelná.

P 16 - Nikoho už nemám. Všichni už nežijou. Holky se na mě vykašlaly, syn se mi zabil.

P 18 - Chybí mi komunikace, samota tíží, pořád jsem sám. Kontakt chybí.

P 20 - Já jsem vdovec, osamělej, osamocenej. Já nemám děti, já nemám manželku, já nemám rodiče, já nemám nic. Jsem nešťastnej. Už vidím, že jsem na pokraji společnosti. Někdy vás přepadne takový splín, takový smutek, nebo touha někoho mít nebo milovat, nebo tak, nikdo se nenajde.

Já kolikrát, když jsem sám doma celé dny a měsíce, tak chodím z okna do okna, pokud mám čas, jestli někdo přijde. Ale nikdo nejde. Někdy si zajdu na autobus a zajedu na Horní Bečvu, nebo prostě na město a nakoupím, zajdu si na pívko, mezi lidi. Jenomže staří vymřeli a mladí mají jiné zájmy. Vlastně s tou generací naší už nemaj nic společného. Už nikoho nepotkám, já tomu věřím, že umřu v osamocení...

P 22 - Kdybych to měl zhodnotit, nejhorší je osamělost a ztráta schopností. A taky ztráta naděje, že se někdy vyplní, v co jsem doufal.

Velmi osamělá, nespokojená žena působí dojmem, že každou potenciální kamarádku vždycky rychle zažene.

P 25 - Nebaví mě, když si připadám sama. Nechci třeba nikoho otravovat, a teď nikdo mi nedá takovou odpověď, jakou potřebuju. Nemám kamarádku. Sestře se nebudu vnucovat. S nikým si nerozumím, nemám si s kým popovídat. Já to honim přes čtyři roky a pořád nikdo.

Lidé, kteří pochybují, že na světě, mezi svými lidmi mají stále své místo, tedy že tam patří, mívají pocit, že překáží, že je nikdo nepotřebuje. Stále se opakujícím refrénem je takový pocit seniorů, že jsou na světě zbyteční, „na obtíž“, někteří dokonce soudili, že by jejich smrt byla pro ostatní úlevou.

P 1 – Ale pro koho tady jsem? Manžel zemřel, dvě děti malé mi umřely, syn mi dělá strašné problémy.

P 2 – Už jsem tady zbytečně, jenom, jak se říká, na obtíž těm mladým a tak dál.

P 14 - A najednou takovej divnej pocit. Že jako nic nebude už dobrý. Pořád jako, že bude lepší nebejt. Že bych jako pomohla sobě i jim, kdybych nebyla. Ale to jsem nikomu neříkala.

Ztráta smyslu života, radosti a naděje

Významné téma, které jsme v rozhovorech identifikovali, je ztráta radosti a naděje , ztráta smyslu života.

P 7 - ...žádná naděje, ten pocit, že to nikdy neskončí

P 17 – Nemám žádnou radost, nic, pro co bych chtěl žít.

Významným projevem deficitu potřeby místa je ztráta smyslu. Člověk nevidí důvod nadále setrvávat v životě, v němž nemá co nabídnout a nemůže nic vytvářet, který už jej vlastně nezajímá, od něhož už nic nečeká, kromě zmaru, bolesti a samoty.

P 1 - Nenacházím žádný smysl života, protože všechno je špatný, nic nemá cenu.

P 9 - To, co mě teď nejvíc tíží, jsou zase ty myšlenky. Že není proč se trápit, že tu pro nikoho nejsem důležitá, že to stárnutí a čekání na smrt je šílené a že na to nejsem zvědavá.

P 10 - Všichni jsou pryč. A já tu nejsem pro nikoho. Nemám co dát. Nikomu *nepomůžu*, nic už mi nejde. Jsem taková, no, marná. Nějak to ztratilo smysl. A jsem sama. A teď si říkám, už abych nebyla.

P 18 - Tak ty myšlenky byly kolikrát takové, že by se člověk nejradši neviděl, už by to skončil, kruté. Poněvadž, nebylo pro koho žít, jak se říká.

P 20 - A že už vlastně nikomu nechybím a nikomu nenadbejvám. Takže už se cítíte jako úplně zbytečný člověk na světě. A to, jak vás to chytne, tak to ta slova začnou pracovat a *uchýlí* se člověk aj k alkoholu, štamprdli nebo tak si dám, ale to není řešení.

P 22 – Mám strach... Že nebude proč žít. Že to nemá cenu. Že jsem leccos propásl. Že lépe už nebude. Že jsem na konci.

10.7.2.2 *Potřeba limitů a její deficit*

Limity člověka mohou být překročeny různými způsoby. Někteří lidé cítí, že je přetažen jejich čas, že žijí příliš dlouho. Také mohou být překročeny jejich možnosti, hlavně kapacita unášet těžké zážitky.

Následuje sdělení ženy, která v životě zažila hodně bolesti. Její tříletou dcerku kdysi srazilo a zabilo auto. Potom se narodil chlapec, který v důsledku vrozené srdeční vady za dva dny po porodu zemřel. Jejich manželství tyto dvě ztráty neuneslo, rozvedli se. Když se podruhé vdala, dočkala se syna. Ten byl závislý na omamných látkách, duševně onemocněl a pije alkohol. Má z něho strach. Žádného jiného příbuzného nemá.

P 1 - Já se teď cítím tak, že mám pořád strach. Strach a úzkost, takový, tady mám takový jako kámen prostě (na prsou).

Syn u ní 2 ½ roku bydlel, před rokem ho musela vykázat.

Ale jak on se choval, strašně, když on se napil nějakého alkoholu, jak křičel, nadával, jo, dělal strašnej brajgl, to se nedalo. On prosí, já nemám kam jít, já nemám kam jít, on má 38 roků a on nemá kam jít. Já se musím postarat o sebe. Vždyť je mi přes sedmdesát.

Další příklad ukazuje **překročený čas**, život už trvá příliš dlouho.

P 2 - Jak bych řekl, je mi 93, to samo o sobě o něčem mluví, už jsou léta tady, a já na sobě pozoruju určitý věci, který prostě, nedá se nic dělat, je to tak. Každopádně poslední tři roky, od těch devadesáti, devětaosmdesáti, jsem začal pociťovat takový, bych řekl, že už člověk má ten život zhruba za sebou, že se všechno už stalo a že se to teda pomalu, no.

A přišel jsem k takovému názoru, že by to vlastně člověk měl zakončit, ten život...

Následující respondentka by raději těm nejtěžším věcem předešla, pro ni to znamená přijít o vlastní domov. Má strach, že „všeho bude moc“.

P 10 - Je mi divný mluvit o tom konci. Jako o tom, skončit to sama, vzít si ty prášky. Smrt mě neděsí, na tu už mám čas. Vlastně by se mi líbila. Anděla si představuju, jak mě veme za ruku a vede nahoru. Nedávno se mi zdálo, jak běžím po lukách. Měla jsem úplně lehký nohy a šlo to nák samo. Žádná námaha. To si myslím, že jde člověk lehkou nohou. Tak přemejšlím, co mě k těm nápadům vede. Jestli strach, že přijde něco, co nezvládnou. Že bude všeho moc. Jsem asi srab...

Někteří lidé zažijí **příliš mnoho těžkých věcí**, bolest ztrát je zavaluje a už by si přáli ji nepociťovat. Taková je situace ženy, jejíž výpověď následuje.

P 19 - Celý život byl moc těžký, už nemám sílu, chtěla bych umřít, už mít klid.

Měli jsme čtyři děti. Tři chlapce a dcerku. Když se malá narodila, druhý den nákladník zabil mého chlapce. Bylo mu deset let. Dodnes to bolí, byla to hrůza. Celý život plaču, jen si

vzpomenu. Později ten nejstarší dostal žloutenku, nechtěl dodržovat dietu, nechce se mi o tem mluvit, promiňte. Umřel. A nakonec ten třetí. Jezdil s kamiónem po celém světě, měl pak nemocné srdce. Pak dostal leukémii, tak zbyla jen cérka. Tak mám jenom ji. A vnučku. (Příliš těžké ztráty).

Já su taková nemožná. Já vám to povím. Měla jsem problémy, vyhřezly mi střeva. Během jednoho týdne jsem měla dvě operace, nepovedlo se to, teď mám vývod (mnoho zdravotních problémů).

Chtěla bych umřít, ale jsem věřící, sama si na život sáhnout netrůfnu. Byla by to úleva, ale to nemůžu.

Další žena má už dost těch potíží, které ji obtěžují od dvanácti let.

P 6 - To hučení (tinnitus), to mi zůstalo. A mám toho dost. Mám toho dost. Je mi sedmdesát, a to jsem si nepředstavovala, že takhle budu.

Jako příliš dlouhý se jeví život i následujícímu muži, jehož životní situace se výrazně zhoršila ovdověním.

P 21 - To mi připadá dost často, já už bych chtěl jít, chtěl bych jít. Já sem vždycky počítal, že půjdu první z tohoto světa. Bylo by mi lépe tam...

Je hotovo a člověk je unaven.

Někteří dotazovaní vyjadřovali pocit, že jejich život je už dokončený, naplněný, jako by už neměli proč tady zůstat. Často také říkají, že už jsou unaveni.

P 10 - Žádnej domov (seniorský)! Domu bych šla. Snad tam najdu ty své, taky tomu věříte? Já jo. Už jsem někdy taková unavená, že se mi nechce nic. Ani nikam jít, ani dýchat.

P 19 - Ale už bych chtěla jít, chtěla bych umřít. Už jsem moc unavená. Shledám se se všemi, tomu věřím. Děti moje, manžel, sůrozenci. Já jsem to všechno vydržela jen na modlitbách. Ty děti, když sem o ně přišla, jenom na modlitbách. Teď mi to taky pomáhá. Hodně sa modlím. Abych ten život dokončila s pokorou a neměla ty zlé myšlenky, abych sa nerúhala, tož to bych si přála... Abych tolik nemyslela na to, že už nechci být.

Podobný prožitek naplněnosti a únavy vyslovuje další respondent. Popisuje zkušenost klinické smrti, do níž se dostal ve 29 letech po ruptuře žaludečního vředu. Tento zážitek tehdy probudil jeho zájem o víru. Během nedávné krize, kdy myslel na sebevraždu, jej napadalo, že nikdy v životě nezažil takovou nádheru, jako tehdy, proč by se tedy měl toho konce bát?

P 2 - Položili mě (v nemocnici), já jsem to vůbec nevěděl. Neměli žádnou postel volnou, tak dali drátěnku na zem, na to deku a na to mě položili. Do rána to skončí. To jsem prošel zajímavou, je to jako sen. Zdálo se mi, že mě provází nějaká osoba, já jsem viděl krásně osvětlenou krajinu, ale neviděl jsem doprava, doleva, ani dozadu. Jenom stále

dopředu. Takovým krásným melodickým hlasem mě prováděl ten průvodce, jak je ten svět krásnej a ukazoval mi, a to mě položili na tu drátěnku, bolelo mý tělo, všechno, na co sem šáh, a naráz se začalo ztrácet všechno, od nohou, začaly mi přestaly bolet nohy, nebyly cítit, a pak to šlo pořád nahoru. Já jsem se cítil strašně lehce, úplně bez starosti, žádná bolest, všechno, a teď jsme procházeli nádhernou krajinou, osvětlenou a ten melodický hlas, nevím, kde byl, zezadu mluvil, říkal, neboj se, všechno to dobře dopadne. To byla silná zkušenost. Bylo ráno asi 6 hodin, kdy se mi zdálo, že v té nádherné krajině, osvětlené, leží na zemi něco tmavomodré, tak jsem si říkal, velká fialka, ohromná. Tak sem si říkal, ta se do toho nehodí. Tak jsem se ohnul, domnívám se, že jsem se ohnul a tu fialku jsem utrl. Ty sem nepatříš.

A v tom okamžiku, jak jsem dal hlavu dolů, tak mně vyskočil pot na čele. Úplně ale krůpěje, takhle veliký, a já jsem se začal vracet zpátky do života. Začalo to zase bolet, začal jsem cítit hlavu, pak ruce, pak tělo, a všechno to bolelo. Pak jsem se pohnul, otřel jsem si, to mi říkali ty spolupacienti, vy prej jste se probudil, celou noc jste se nehnul, ani nikdo neviděl, až ráno, jak jste zavzlykal a utřel jste si čelo. Mezitím mi ještě dávali krev. A byl to dojem, takovej silnej psychický dojem. A teď když začaly ty potíže, já si říkám, přece ten konec, jestli je takovej, jak jsem prožil, tak proč bych se měl bát.

V kategorii „aktuální prožívání“ můžeme také často nacházet téma limitů. Je toho moc.

P 1 - Mám stálý strach a úzkost, kámen na prsou.

P 5 - Cítím se smutný a bezmocný, jako bezdomovec, kterej má kam jít, a nemůže (po zlomenině krčku obtížně pohyblivý, nemůže být sám doma).

P 6 - Ani nic moc necejtim. Asi je to dobře, že necejtim tak ten smutek a tu bolest. Ale ani radost.

P 7 - Je mi špatně, mám pocit, že to nejsem já. Jako bych už nežila svůj život.

P 8 - Mám třetí kardiostimulátor, čerstvý. Ten stimulátor mě děsí, já snad nebudu moct umřít, srdce mi bije jako zvon.

P 11 - Je mi hrozně smutno, ubíjí mě to tu, chtěla bych být doma. Každý den plaču.

P 15 - Je mi smutno. Nemůžu se radovat. Skomírám.

10.7.2.3 Potřeba výživy a její deficit

Jak je uvedeno výše, potřeba výživy v konkrétní rovině znamená sycení potravou, v rovině symbolické nebo metaforické představuje také sycení podněty, zájmem a pozorností, informacemi, vztahy, ale v další úrovni také láskou, doteky, něhou. Adekvátnost je u této

potřeby mimořádně důležitá. Stejně jako u dětí je v každém věku člověka důležité, aby byl krmen „akorát“, do polosyta. Ani moc, ani málo. Nepřesytit se ani nehladovět.

Oslovení senioři si někdy pochvalují, že dostávají nebo si sami dopřávají něco k jídlu, co jim opravdu chutná.

P 9 - Taky si ráda pochutnám na dobrém jídle. Mám štěstí, že jsem po mamce drobná a nepřibírám. Protože já miluju nezdravé věci, čabajky, vepřovou, guláš. Někdy sním celou čabajku na noc, dám si k ní okurčičky. Mám kachní žaludek, nic mi po tom není.

R 24 - Jíst, no, co mně nechutná, tak já to nejím. To mně nosí Vlastička moje (snacha). Jednou mně přinese placky, my děláme taky placky dobrý bramborový. Jednou mně přinese, vždycky to vystihne, podívá se tady, co máme k jídlu a podle toho to volí. Jednou mně přinese bramborák, podruhý zase něco jinýho. Sladkýho jsem říkala, nenos to. Takže mi přinese něco sladkýho ke kafi.

R 23 - Mně stačí, když mám něco dobrýho, třeba sušenku, udělám si kafičko bílý, pustím si televizi, sednu si do křesla a jsem spokojená.

Obyvatelé domovů pro seniory nebo hospitalizovaní pacienti psychiatrických nemocnic někdy jídlo oceňují jako součást péče, jindy už je nezajímá, už jim nechutná.

R 16 - Jíst mi už nějak moc nechutná. Rejži nemám ráda a vona nevím proč je tady často. No ale já si nestěžuju, já to sním. Když mám hlad, tak to sním. Já jsem měla 50 kilo, když jsem přišla a teď mám 60. Tak si asi můžu stěžovat na jídlo. No ale já jsem jedla, jak jsem byla venku (na ulici), ale nejedla jsem teplý. Já jsem jedla rybičky a tak.

R 17 - Já když jsem přišel, tak jsem vůbec nemohl jíst. Ted'ka jim, ale žádný jídlo jako nesním celý. Moc mi ale nechutná.

Další respondent neměl žádnou potřebu mluvit o svém dětství. Momentálně byl zcela zahlcen přítomností a svými pocity bezmoci. Trápí se tím, že nebude moci zpátky domů. Patrně udělali s manželkou všechno pro to, aby se na stáří zabezpečili. Přízemí rodinného domku udělal bezbariérové, pořídil elektrickou tříkolku, aby mohl na nákupy, kdyby se jeho pohyblivost zhoršila. Zatímco se zotavoval po zlomenině krčku femuru, manželka mu zemřela. Jeden syn zemřel jako mladý, druhý je v náročné situaci a za otcem nejezdí, nevidí žádnou možnost, jak mu pomoci. Nápadný je nedostatek informací, tento muž netuší, jaké má možnosti, a připadá si vydaný napospas osudu. Nemohu posoudit, zda informace nedostal, nebo k němu v jeho stavu nedolehly.

P 5 - Já jsem se těšil, víte, co mám doma? Saunu. Tři mrazáky jsme měli, my jsme se na zimu zásobili. My jsme brali potraviny za tři tisíce každé tejden.

Dále jsme se dívali, jak se respondenti cítili být syceni na symbolické úrovni, pozorností, zájmem a péčí druhých, případně čím se sytili sami.

P 5 - No. S mužem to nebylo dobrý, teď se to zdá, že to bude lepší, von je nemluvej, no. Von jako nemluví. Je to takový blbý to nemluvení furt. To přijde a nemluví, no von je prostě takovej, von nepotřebuje mluvit.

P 9 - Já si nejvíc užívám knížky, na výstavy někdy taky chodím sama, nebo do divadla, to víte, lepší je jít s někým a popovídat si o tom. Ale to si nakonec většinou umím užít. Kontaktů moc nemám. Kamarádky nějaké ano, ale...

Další sdělení této ženy připomíná, že ne každý projev zájmu a péče člověku vyhovuje. Člověku někdy nabídnou to, co mu nechutná.

Moje sousedka mě zve do svého evangelického sboru, že je to tam dobré, že bych tam měla program a nějaký kontakt. Ono to ale moc nejde, když já nemám k tomu žádný vztah. Věřící nejsem, já jsem to zkusila, ale není to moje, nechce se mi tam. Když jsem poslouchala ty kázání, až mě to štvalo.

Zde by respondentka potřebovala více informací, které jsou pro ni v jejím rytmu a nastavení důležité. Svět seniora se může míjet se světem mladých.

P 10 - Jo, víc bych chtěla o rodině vědět. Oni mi odněkud napíšou pozdrav a že na mě myslej, a já bych chtěla vědět, co tam dělají, jak jsou tam dlouho, s kým a tak. A to nejde se vyptávat, to jsou pak netrpěliví.

Do potřeby výživy můžeme zařadit i otázky materiálního zabezpečení a financí. Přestože chudoba a zadlužení seniorů je nepopiratelným sociálním problémem, v našem výzkumném souboru se vyskytly pouze dvě osoby, které se dostaly do situace zadlužení. Jedna si neohlídala své platby za nájem a splácení půjčky, přišla o svůj byt a skončila jako bezdomovkyně, druhé ukradl syn veškeré úspory a zanechal dluh na nájemném jejího bytu, kde bydlel a kde neplatil, když byla matka řadu měsíců v nemocnicích.

P 16 - Exekutor mi zastavil důchod a pět měsíců jsem neplatila byt a oni mě vyhodili. No já nevím, já jsem nějak neplatila ty, jak se platí jednou za rok, a nějak tím to začalo. A potom všechny půjčky mi na to, já jsem je splácelo, ale takhle se to převrátilo. Bez domova jsem půl roku, od června.

P 23 - ...tak jsem to taky prodala všechno (dům a auto), a když jsem to prodala, tak přišel, že potřebuje peníze a že si přijede pro kartu (do nemocnice), že si jako potřebuje něco koupit. Tak jsem mu to dala, tu kartu, a on to vybral a nechal mi tam 500 korun.

Ještě dva roky, kdy už byla v domově pro seniory, splácela poplatky za nemocnice a dluh na nájmu, který během její hospitalizace syn udělal. Říká, že si nemohla koupit ani zubní pastu.

Obávám se, že podobných případů bychom našli mnoho. Nicméně 23 respondentů z našeho výzkumného souboru sdělilo, že v materiálních věcech jim nic nechybí, mají dostatek.

Toxická výživa

O toxické výživě mluví Albert Pesso jako o živení se negativními věcmi a podněty. Za toxickou výživu považuje zneužívání alkoholu, drog, hracích automatů, hromadění věcí, poruchy příjmu potravy.

5 respondentů zmiňuje inklinaci k alkoholu, v jednom případě jde o kombinaci alkoholové a lékové závislosti.

P 4 - Rádi jsme chodili do hospody. Já jsem pil (v tu chvíli, než mu zemřela cestou z hospody družka) asi tři piva a jeden fernet, málo, nějak mě to nebavilo...

P 16 - Já jsem popíjela celý život, ale většinou tak víno s vodou. No tak určitě jsem pila trochu víc, než je zdrávo, ale nedělala jsem vodu, nikde jsem nic neto.

Já, když se napiju, tak se směju, já mám dycky dobrou náladu.

P 7 - Ale já nepiju, jenom to pivo. To jsem pila celý život, chutná mi, dělá mi dobře. To přece není alkohol. Nikomu to nemůžu vysvětlit. To je pořád, že jsem jako skončila na záchytce. To už je ale 7 let, navíc se nic nestalo.

Taky mi tady vzali prášky, který mi dělaly dobře. Psala mi je paní doktorka obvodní i psychiatrická, řekla jsem si i na interně, požádala si o ně i má sestra, abych jich měla dost. Přece kdyby mi nepomáhaly, nebrala bych je. (diazepam)

R 13 - Já jsem tam byl na léčení, jak bych to řekl, já jsem měl rád kořalku. Tak jsem tam byl jednou, teď mám pokoj, potom jsem jako přestal. To jsem začal pít, až když mně ten chlapec zemřel. Napřed jsem bral patáky, potom jsem začal pít. Pálil jsem slivovicu. Tady bych se napil, ale kdybych začal, tak bych nepřestal. No tak to je, no.

On se se mnou trápil skrz to pití (syn), to víte, to se mu nelíbilo. On taky, kdybych teď začal, tak on říkal, tak on se se mnou rozende. On to nesnáší zase.

10.7.2.4 Potřeba ochrany a její deficit

Dotazování často o svůj pocit jistoty, tedy o své bezpečí na světě, přišli úmrtím manžela nebo manželky, životního partnera. Jiným se životní jistoty otřásl ztrátou zdraví,

pohyblivosti nebo domova. V některých případech se sešly všechny tyto okolnosti v jednom období, což je mimořádně velká zátěž.

P 4 - Zlomil jsem si tady nohu, krček. Odvezli mě do nemocnice do Hořovic, tam operujou, tak jsem tam ležel asi měsíc, pak mě převezli do Berouna do nemocnice na tu rehabilitaci, tam jsem byl asi dva měsíce, už jsem myslel, že mě pustěj domů, jenomže mezitím zemřela manželka, takže bych byl prej doma sám a nemoh bych se o sebe postarat. Tak mě nepustili domů a vodvezli mě sem.

Tento muž vyjadřuje hlavně beznaděj a bezmocnost. O smrti manželky se dále už vůbec nevyjadřoval, jako by na to neměl v této situaci vůbec sílu. Velmi se upínal k možnosti vrátit se domů.

V následujícím případě pociťuje respondentka ohrožení ze strany syna, jehož duševní onemocnění a psychofarmaka v kombinaci s alkoholem spouštějí agresivitu.

P 1 - Já už se bojím teď. Já jsem se ho nebála. Ale jak tady byl, když se napil k těm práškám, které má, tak to tím bylo ještě horší. Potom byl agresivní, já jsem se ho úplně bála.

Spím jenom po tom prášku, co mám. Ale bojím se probudit, co bude zase.

Následuje sdělení ženy, která ovdověla, ztratila i sourozence a poslední kamarádku. Obě děti jí nabízejí, aby bydlela u nich, což nechce, do domova pro seniory jít také nechce. Její pocit bezpečí spočívá v jistotě, že má rodinu.

P 10 - Ale nejvíc mi pomáhá jistota, že ty svoje mám. Že na sebe myslíme. To je důležitý. A vždycky bylo.

Následuje smutná ukázka toho, jak se výrazný deficit v potřebě ochrany uvedené ženy v jejím dětství promítl do jejího dalšího života tím, že má oslabenou schopnost se chránit, starat se o své bezpečí. Přišla o střechu nad hlavou a má pocit, že na životě už tak moc nezáleží.

P 16 – Když jsem se dostala na ulici, byla jsem z toho špatná, myslela jsem na ledacos. Já jsem se na tý ulici nebála. Říkala sem si, už si stará, už se ti nemůže nic stát. Když by mě zabili, tak bych akorát byla trošku dřív mrtvá.

Další vyjádření bychom mohli stejně dobře zahrnout do potřeby výživy (péče), jako do potřeby ochrany. Syn je pro nevidomého otce obojím.

R 18 - Já si myslím, že hodně mně dělá, že hodně jsem spokojený se synem, že s ním nemám, prakticky nikdy jsme neměli, problémy. On se o mě stará, když něco potřebuju, tak on přijede hned.

10.7.2.5 *Potřeba podpory a její deficit*

18 respondentů bez zaváhání označilo za svou nejdůležitější podporu rodinu. Rodinu jako podporu nevnímají dva respondenti, kteří rodinu nemají vůbec, dvě respondentky, které jsou se svými rodinami v konfliktu (jedna dětem zazlívá, že ji „daly“ do domova, jedna se zlobí, že ji chtěly omezovat a že kvůli nim skončila na ulici), a také dva respondenti, z nichž jeden je hluboce depresivní a není schopen s dětmi komunikovat, dokonce si vypnul telefon, a druhý, který se vzpomíná na své ztráty (smrt manželky a ztráta soběstačnosti) a syn za ním nemůže do psychiatrické léčebny jezdit, rodinu jako oporu nevnímají.

Šest respondentů označilo jako svou důležitou oporu víru, pět z nich bezvýhradně, jedna žena mluvila o tom, že dokud chodila do kostela, hodně jí to drželo.

Pro někoho je největším zdrojem podpory kontakt s lidmi, nějaká forma soběstačnosti, někdy medikamenty, které pomáhají přežít, nebo také pes.

P 1 - Tím je radostnej pes, už bych to udělala, nebýt jeho. Manžel mi ho zanechal. Byli jsme si s manželem oporou. Pomáhají mi prášky, mám lidi, pořád si s někým telefonuju, ve společenství věřících mám oporu, lidi ve sboru jsou hodnější než v rodině.

P 13 - Jsem rád, že jsem se sem dostal (domov pro seniory), jezdil jsem sem za sestrou, tak už jsem to tu znal. Jsem tady s družkou, máme štěstí, že jsme se dostali sem a že nás nechali spolu bydlet na pokoji. Jsme tady spolu i jinak je s kým promluvit a taky tady bývají mše.

Byl jsem vychován jako věřící, ale pak přišla totalita, tak jsem musel přestat. Ted' jsem se dal na ten kostel, chodím na ty mše, to mně taky pomáhá. Poslouchám Proglas a Noe.

P 18 - Naučili mě chodit po cyklostezce s holí, tak chodím ven. Objednávají mi ty knihy namluvené. Mám svoji televizi, rádio, kazety, cédéčka.

P 19 - Mám dceru a vnučku, hodně, zajímají se, starají. Je tu o mě dobře postarané. Všechno jsem vydržela jen na modlitbách. Ted' mi to taky pomáhá. Hodně se modlím.

P 20 - Radost mi dělá to, že můžu chodit a že jsem soběstačný. Já se můžu opírat akorát o stěny doma. Já mám rád humor, já se rád pobavím.

Někdy se lidé obviňují, že jsou tak nemožní, že se nedokážou ani zabít, nemají kuráž, jindy mluví o tom, co jim tuto kuráž, odvahu k činu, dalo nebo dává. Samozřejmě jsou u každého sebevražedného prožívání přítomny ambivalence. Něco v člověku chce umřít a něco chce žít. Záleží na tom, která část má převahu. Otázka je, jestli dotyčný může svou vnitřní sílu investovat do přežití, podpořit svou životaschopnost, nebo ji naopak využije k tomu, aby se vzchopil k suicidálnímu činu.

Následující sdělení se mi jeví jako velmi věrohodné. Tento muž, jehož silnou motivací bylo, aby se manželce ulevilo od bolesti, ale také aby šli spolu, měl „kuráž“ k tomuto společnému kroku. Spolykali medikamenty, vzali se za ruce a šli. Zůstal sám a kuráž k sebevraždě ztratil.

P 9 – ...měla tak zničený klouby, všechno jí bolelo, kolena, ramena, hlava jí bolela leta letoucí, chudinka opravdu hodně trpěla. Ted' už zaplat'pánbu bolesti nemá. Ale mně ta bolest zbyla tady. Protože já vím, že to nezopakuju, k tomu nebudu mít odvahu nikdy“.

Jiný respondent je zase příliš slabý. Nemá energii ani na takové rozhodnutí, ani na takový akt. Je depresivní a připadá si neschopný.

P 17 – Lepší by bylo nebejt. Nějak to skončit. Ale to já ne, nemám na to kuráž.

10.7.3 Otevřené zúčastněné pozorování

S ohledem na triangulaci jsem se rozhodla souběžně s realizací jednotlivých rozhovorů zařadit také metodu otevřeného zúčastněného pozorování a její výstupy analyzovat společně s daty získanými z průběžné analýzy dat z přepisů rozhovorů. V průběhu těchto pozorování jsem zaznamenávala celkové emoční ladění respondenta, změnu jeho emočních projevů, smyslové a tělesné handicapy, neverbální a paraverbálně projevy.

Na základě analýzy rozhovorů a pozorování vyšlo následujících 14 kategorií prožívání.

Tabulka č.3 - kategorie pozitivní

| | |
|------------|---|
| Vděčnost | 6 |
| Smíření | 9 |
| Trpělivost | 6 |

Tabulka č.4 - kategorie negativní

| | |
|-------------------|----|
| Strach | 21 |
| Smutek | 19 |
| Únava | 15 |
| Zklamání | 5 |
| Vzteky | 5 |
| Rezignace | 4 |
| Pocit zbytečnosti | 4 |
| Nespokojenost | 4 |
| Zoufalství | 4 |
| Zmatenost | 2 |
| Rozpačitost | 2 |

10.7.3.1 *Analýza otevřeného zúčastněného pozorování*

Zaznamenávala jsem ty emoční projevy, které byly zjevné. Jsem si vědoma, že každý rozhovor probíhal v určitém rozpoložení respondentů a že emoce, které jsem zachytila, nejsou jejich jediné a u některých dotazovaných mohlo dojít k jejich zkreslení. Situace, kdy někdo přijde se záměrem s člověkem mluvit a věnovat mu soustředěnou pozornost řekněme hodinu, není sama o sobě standardní.

Nehledě na to, že pozorovatel nevidí všechno a je ovlivněn svými představami a očekáváními, která se snaží reflektovat a v případě potřeby i korigovat. Fakt, že tyto elementy nelze v daném druhu interakce s respondentem pominout, se stal jednou z mých motivací pracovat právě s IPA. Právě proto, že v jejím konceptu je naopak žádoucí tato subjektivní data na straně výzkumníka vytěžit a kreativně zpracovat, nikoli je primárně považovat za rušivé.

Měla jsem intenzivní dojem z respondentky č.12, že se hodně snažila dávat najevo, jak je vyrovnaná a nad věcí. Její neverbální i paraverbální projevy ale o takové jistotě

nevypovídaly. Napadalo mě, že nadhled a vyrovnanost od ní očekává a možná požaduje její dcera.

Rovněž u participanta č.13 jsem měla pocit, že chce udělat dojem. Spíše působil trochu ješitně, tak velké rozpory v jeho komunikaci jako u výše uvedené ženy jsem neshledala.

Rovněž u respondentek č. 23 a 24 mě napadalo, že jsou až příliš spokojené vzhledem k situaci (obě byly ležící) a že jistě mohou nastat chvíle, kdy jim není dobře a kdy by bylo možné vidět úplně jiné fazety jejich prožívání.

Nejčastěji projevenou emoci (u 24 z 31 probandů) byl strach. Ten byl patrný v určitých částech sdělení, zazníval v jejich hlasech, vyplýval také z mnoha výroků, byl ale patrný i v jejich neverbálním projevu. Ve většině případů byl rovněž jasně pojmenován.

Nejvýraznější obavou bylo, že už to nebude nikdy dobré. Dotyční lidé vyjadřovali obavy z budoucnosti, z neblahého vývoje situace a událostí. Ať to byl strach, že se už nikdy neprojasní nálada, že deprese zůstane napořád (P 5, P 6, P 7, P 14, P 15, P 17), nebo strach, že už nikdy nebude možné vrátit se domů (P 4, P 11, P 16), strach z osamělosti a z toho, že už to tak zůstane (P 9, P 20, P 22, P 25), strach, že nebude moci umřít (P 8), strach ze syna (P 1), strach, aby nepřišel o družku (P 3), strach z vlastní slabosti a nedostatku víry (P 19), strach ze selhávání těla (P 21, P26), strach o svou družku (P 13), strach z marnosti (P 10,P28). Jedna respondentka vynakládala všechno úsilí, aby nebylo vidět, že se bojí (P 12).

Další z nejčastějších pocitů byl smutek (19 z 31). U mnoha dotázaných tento smutek pramení z více zdrojů. Jsou zde smutky ze ztrát, jmenovitě způsobených smrtí dětí (P 1, P 3, P 4, P 6, P 13, P 16, P 18, P 19), smutky, že jsou děti daleko (P 4, P 12, P 17), smutek, že je dítě postižené (P 2), závislé (P 1), že děti nemají (P 9, P 25), že má s dětmi jen slabý kontakt (P 22, P 27). Někteří pociťují smutek ze ztráty životního partnera/partnerky (P 19, P 20), někde je tento smutek už patrně překonán (P 2, P 18, P26), jinde si jej zatím respondenti ani nemohli připustit (P 4, P 8). Někde se objevil smutek z promarněných šancí (P 9, P 22, P27). Mnoho smutku pramení z osamělosti (P 1, P 4, P 6, P 8, P 9, P 11, P 12, P 16, P 17, P 18, P 20, P 21, P 22, P 25). V některých případech jde o prožitek osamělosti, protože v životě zůstala prázdnota po nejbližším a nejdůležitějším člověku (P 21), jindy jde o skutečnou osiřelost (P 20).

Mnozí z dotazovaných (15 z 31) vyjadřovali únavu. Únavu z dlouhého života, který už je více než naplněný (P 2, P 19, P 21), únavu z psychické bolesti (P 5, P 6, P 7, P 15, P 17), únavu fyzickou (P 2, P 8, P 21). Mnozí už by toužili po odpočinku, po věčném spánku.

Zklamání byla další emoce, kterou respondenti vyjádřili (6 z 31). Bylo to zklamání z dětí (P 1, P 11), zklamání, že se suicidální pokus nezdařil a nepovedlo se zemřít společně s manželkou (P 8), zklamání, že nemohl „odejít“ dřív, než manželka (P 20), zklamání, že se mnohaleté přání žít s přítelkyní patrně nikdy nesplní (P 22).

U dalších lidí (7 z 31) byl patrný vztek nebo zlost. Byl to vztek na syna, který není matce oporou, naopak jí dělá starosti (P 1), vztek na vlastní situaci, ale také vztek na seniorský domov, kde byl její otec (P 9), vztek na děti (P 11, P 12), vztek na všechny lidi, kteří jí nechtějí poskytovat přátelství (P 25).

U některých participantů byla patrná rezignace (5 z 31), která byla někdy spojená s nemožností vrátit se domů, kvůli fyzickému stavu (P 4) nebo kvůli bezdomovectví (P 16). Rezignace jedné respondentky souvisela se ztrátou naděje, že ji někdy přestane obtěžovat tinnitus (P 5), že už nebude patřit do tohoto světa (P 10), že vyhasíná (P 20).

Další zjištěnou kvalitou byla nespokojenost (4 z 31). Nespokojenost se svou vlastní situací a se synem (P 1), nespokojenost v seniorském domově (P 11), nespokojenost s průběhem vlastního života (P 22).

Ve stejném počtu (6 z 31) bylo zaznamenáno zoufalství. Toto zoufalství bylo v našem výzkumném vzorku vždy spojeno s depresí (P 6, P 7, P 15 a P 17), stejně jako zmatenost (2 z 31), která se projevila (P 3, P 15).

U dalších (4 z 31) byla patrná rozpačitost, že vůbec sebevražděně uvažují (P 10, P 14).

Zaznamenali jsme ale také smíření, které se od rezignace liší pozitivním nábojem (9 z 31). Bylo to smíření s blížícím se koncem života (P 2, P 13, P 21), s vlastní situací i s invaliditou (P 12, P 23, P 24), s osamělostí (P 18).

Trpělivost byla zaznamenána také v šesti případech. U všech těchto probandů se projevovala trpělivost ve snášení těžkostí (P 2, P 13, P 18, P 19, P 21, P 23 a P 24), (ve čtyřech případech koresponduje s vděčností, u tří respondentů se pojí se smířením i vděčností).

Vděčnost je další kvalitou projevovanou některými respondenty (6 z 25). U všech šesti jsme zaznamenali vděčnost za to, že měli dobrý život (P 2, P 12, P 13, P 18, P 23, P 24) a rovněž všichni byli spokojeni a vděční za dobrou péči a bezpečí v domově, kde žili.

10.7.4 Analýza expertních rozhovorů

V zájmu triangulace výzkumu jsem uskutečnila čtyři expertní rozhovory s kolegyněmi, které mají profesní zkušenosti s námi zkoumanou skupinou suicidálních seniorů. Dvě z nich mají bohaté zkušenosti z oblasti krizové intervence, stejně jako

z psychoterapie. Obě jsou PBSP terapeutky a působí jako supervizorky PBSP terapeutů. Další oslovenou byla sociální pracovnice, která má bohatou praxi na dvou seniorských linkách důvěry, výcvik v komplexní krizové intervenci a prochází psychoterapeutickým výcvikem v logoterapii. S PBSP se seznámila během svého studia na katedře sociální práce FF UK. Čtvrtá je klinická psycholožka a psychoterapeutka pracující v PN Dobřany, která má bohaté zkušenosti se suicidálními seniory. PBSP nepoužívá, na práci s potřebami, tak jak je sledujeme, jsme se doptali. Její klinický pohled náš výzkum velmi obohatil.

Ptali jsme se, která potřeba je z jejich pohledu pro sebevražedně uvažující nebo jednající starší lidi nejdůležitější. Ptali jsme se, jak problematiku sebevražedných seniorů vnímají, jak o nich přemýšlejí, co myslí, že by těmto lidem pomohlo, ale také jak pracují sami se sebou. Součástí rozhovorů byla i otázka, zda se jich nějaký případ mimořádně dotkl. A nakonec jsme se ptali, jak se jim daří s těžkými tématy pracovat, jak se o sebe starají.

10.7.4.1 *Potřeba místa*

Všechny dotázané to viděly tak, že je z hlediska ohrožení sebevraždou zásadně důležitá potřeba místa. Jsou to ty aspekty kategorie „místa“, jako místo v rodině a ve vztazích, místo vedle nejbližšího člověka, a naopak jejich absence, tedy osamělost a izolace. Zmiňováno bylo to místo, jaké zaujímá člověk na světě, jak je usazen ve svém životě, jak mu to všechno dává smysl, zda žije smysluplně.

Opakovaně byla zmíněna myšlenka (P1 a P3), že své důležité místo starší suicidální lidé nevnímají tady na tom světě, ale u někoho, kdo je „tam“. Sebevražední senioři podle nich ani tak nemusí toužit po smrti, jako si přejí jít za někým, kdo je předešel.

Všechny dotázané potvrdily zkušenost a shodly se v názoru, že úvahy o zakončení života mohou nasedat na pocit ztráty smyslu života. Podle jejich slov se při práci s těmito lidmi dotýkáme existenciální otázky a toho, že smysluplnost ve vysokém věku často chybí. Pro staré lidi je velmi těžké zažívat, že nejsou užiteční, připadá jim, že nejsou k ničemu, že už nemají co dávat a koho živit svou přítomností. Odrazování seniorů od toho, aby něco dělali („sed', vždyť nic nemusíš“) jim potvrzuje pocit, že jsou neužiteční.

Zazněl názor (P 3), že zatímco staří lidé počítají s tím, že mohou přijít různé fyzické potíže, nepočítají s tím, že se ztratí smysl života. Problémy se zdravím a bolestí navíc medicína umí mnohem lépe tišit, zatímco pocit prázdnoty utišit nejde.

Lidé, kteří unesou všechny těžkosti a nepříjemnosti stáří a kteří se nevzdávají, mají ještě nějaký důvod žít. (P 4)

Také v dalším aspektu potřeby místa se všechny respondentky shodly. Jako velmi závažnou okolnost, s níž se u sebevražedných seniorů setkaly, vnímají osamělost. Tu skutečnost, že staří lidé nemají dostatek kontaktů, které by je sytily. Někdy se rodině, která seniora obklopuje, jeví jako nespravedlivé, že přes všechny její snahy se starý člověk stále cítí osamělý a viditelně strádá. Ukazuje se, že když starší lidé ovdoví, místo po zemřelém partnerovi nelze jednoduše zaplnit. Je to otázka truchlení, které potřebuje svůj čas. Mít blízké lidi mnohdy nestačí, když schází ten nejbližší. Ovdovění je těžká situace v každém věku, ale senior už má méně kontaktů (vrstevníci umírají) a méně možností lidi potkávat.

U jedinců, kteří truchlením dobře prošli, zájem rodiny velmi pomáhá. I když návštěvy nemusí být tak časté, jak by si člověk přál, pomáhá mu, že ví, že někdo přijede. Může se těšit a připravovat, třeba jít koupit kávu, aby ji mohl dětem nebo vnoučatům nabídnout. (P 3)

Jedna respondentka (P 1) vyslovila názor, že starého člověka ani nenapadne sebevražedná myšlenka, když ví, že s ním na konci života budou ti nejbližší. Podle ní taková jistota znamená obraz hojnosti ve vztazích, dobře obsazené místo v životě. Pokud tuto jistotu člověk nemá, možná se ten pocit opuštěnosti nedá vydržet. Anebo se dá vydržet „*pod lékama, nebo se nějak ubezdušit. Zbláznit se, zmedikovat, jako říkám, kolik těch vysloveně dementních stavů, které se najednou zhoršej, jestli nejsou nějak v takovýhle souvislosti, že je to taky nějaký způsob, jak spáchat sebevraždu psychologicky*“.

Někdo trpí izolací, někdo třeba postrádá i společenské zařazení, které mu dávalo pocit naplnění a o které přišel. Jedna respondentka (P 2) hovořila o sebevražedné ženě, která ztratila svou dobrou pozici v rodině tím, jak se změnila povahově. Strhávala na sebe pozornost, byla hodně expanzivní, neposlouchala druhé, „mlela si svou“. Po rodinném setkání, kde dostala nějaké zpětné vazby, že je protivná, se rozhodla skončit se životem.

V tom, jaká je další nejdůležitější potřeba, se dotázané kolegyně naopak neshodly. Každá z nich identifikovala jinou, tu, na kterou má největší citlivost, s kterou rezonuje, kterou jí ukazuje její zkušenost. Tím se stalo, že byla pojmenovaná každá z PBSP potřeb. Což je vlastně dobře, protože žádná z těchto potřeb není nedůležitá.

10.7.4.2 *Potřeba limitů*

První respondentka (P 1) považuje za nejdůležitější potřebu limitu. Mluvila o seniorech, kteří už cítí, že je všeho na ně moc, a smrt považují za dobrý limit, který to všechno těžké a zavalující zastaví. Všechno to, co musí člověk snášet, strpět, i když se mu to zdá nefér, ničím si to nezaslouží.

„Nejdůležitější vrstva sebevražedná, aspoň to tak vidím i jako u klientů, souvisí s tím, co zažíváme jako novorozenci a kojenci. Když je něco špatně, tak potřebujeme mít nějakou summu zkušeností, že někdo přijde a učiní tomu diskomfortu konec a už je líp a že to je důležité, že někdo udělá limit tomu diskomfortu“.

10.7.4.3 *Potřeba bezpečí*

Další respondentka (P 2) je přesvědčená, že zásadně důležitá je potřeba bezpečí, jehož ztráta může vyvolat úzkost nebo paniku, vedoucí k sebevraždě. Senioři bývají znejištěni zhoršením smyslového vnímání, zdraví, úbytkem svých schopností a dovedností (mohou mít pomalejší reakce, nebo problém se rozhodnout) a své bezpečí mají spojené se svým domovem. To samozřejmě souvisí i s místem, ale zároveň jde o bezpečí.

10.7.4.4 *Potřeba výživy*

Další dotázaná (P 3) vidí jako zásadně důležitou potřebu výživy (sycení). „Jako první potřeba u těch lidí mě napadá ta výživa. Že se vlastně už nemáme čím sytit, už jako, myslím si, že... Podle mě je bytostný něco dostávat a dávat. Sycení. Já si myslím, že to sycení s tím koresponduje“.

10.7.4.5 *Potřeba podpory*

Poslední participantka (P 4) zdůraznila význam podpory. Je důležité vidět, že někdo jiný byl v podobné situaci a že člověka v těžké situaci povzbuzuje, aby vydržel, že se to změní. Někdy to velmi pomůže jako vědomí, že nejsem jediný, nezbláznil jsem se, zase bude lépe. „Potom je nutné hledat ty opory, až půjde domů. Že tam má nějaké lidi, s nimiž má vztah, že se má kam vrátit a jak se o sebe postarat“.

Kolegyně sdílí svou zkušenost, že oporou může být cokoli, i něco negativního. Uvádí případ ženy, která se výrazně psychicky zlepšila poté, co jí byl diagnostikován zhoubný nádor. Opřela se o naléhavost této situace, zmobilizovala všechny své síly, aby nemoci mohla čelit. Do té doby výrazné psychické problémy zcela ustoupily.

„A někdo si tu oporu umí najít a někdo si ji neumí najít. To si myslím, že je hodně důležitý“.

10.7.4.6 *Co je podle dotázaných důvodem sebevražednosti seniorů?*

Respondentka (P 1) říká, že sebevražedné úvahy souvisejí se ztrátou naděje a důvěry, že věci mohou dopadnout dobře, což je typické pro lidi, kteří mají těžké vývojové zážitky, nebo pro lidi, kteří si nebyli schopni dokončit některé příběhy ve svém životě.

Sebevražedné fantazie jsou podle ní dvojího druhu. Jednak jde o to něčemu se vyhnout a něco už nemuset zažít. Někdo zažívá, že je všeho na něj moc, už se to nedá vydržet, už nemůže, neví, co s tím, touží mít pokoj. Jiní lidé touží po sladkém klidu prenatálního spočinutí, což souvisí s nadějí, že někde je ta bezpečná náruč, která člověka obejmě.

Zároveň uvažuje o tom, jaké má v suicidalitě vliv téma moci a bezmoci.

Upozorňuje, že většina starých lidí, i když naříkají a občas se vyjadřují, že by raději nebyli, nebo dokonce mluví přímo o sebevraždě, tady vytrvá. Domnívá se, že něco v člověku cítí adekvátnost toho tu vyčkat.

„A proto celý život sbíráme tu moudrost a trpělivost, abychom vytrvali, jestli vlastně celý život netrénujeme na tuhle velkou udatnost. Jako ne nadarmo se říká, jako že všechno, co uděláme se sebou, pro sebe, pro druhý, jako že se nám hodí“.

Další dotazovaná (P 2) klade důraz na svobodnou vůli člověka a na to, že sebevražedný čin je projevem vůle dotyčného člověka, schopnosti vlastní život (smrt) řídit. S pochopením popisuje případy, kdy se člověk takhle rozhodl, protože nechtěl zažívat utrpení a ztrátu sama sebe.

„Je to takové vědomí, že na to mám právo, je v tom veliký kus svobody. Je to součást jejich svobody se takhle rozhodnout. Po mě je to vlastně něco ne dehonestujícího, ale naopak obdivuhodného. Osvobození a schopnost si ho umožnit a dovolit. Takže z toho nemám já v sobě paniky“.

Zároveň sděluje svou zkušenost, že suicidium uskuteční ten, kdo má sílu. Má tři zkušenosti z vlastní rodiny.

... “v té rodině (naší) je to jeden z možných způsobů smrti. Není to tabu, není to nepřijatelný vůbec, je to jedna z možností. Ne ta, samozřejmě, chtěná, ale je to jedna z možností“.

Následující respondentka (P 3) sdílí zkušenosti z linek důvěry pro seniory, kde nebylo výjimečné, že volající o sebevraždě mluvili a přemýšleli o ní, ale také vedla rozhovory s lidmi, kteří se pokusili zabít a nepovedlo se jim to. Mnozí z nich byli po tom pokusu hospitalizováni, a pak se vrátili do svého domova, nebo do nějakého zařízení. Často se pak u nich objevoval strach, že kdyby to zkusili znovu, zase by se to nepovedlo. Negativní zkušenost tohoto „neúspěchu“ prožívali silně.

Podle jejího pohledu mají suicidální senioři mnohdy psychiatrické onemocnění, depresi nebo úzkost. Psychická zátěž je podle ní významnější než fyzická.

Výpověď následující respondentky (P 4) připomíná, že u sebevražedných seniorů bývá často přítomná porucha nálady anebo úzkost. Podle jejího sdělení to hodně souvisí s tím, že

jsou sami, někdy je přítomna mírná organicita, při níž ten člověk tu myšlenku nedokáže zastavit, nemá brzdy. Často souvisí se zdravotním stavem, s úmrtím někoho z blízkých, někdy se objevuje suicidální myšlení v souvislosti anebo v návaznosti na dlouhodobou zátěž. Mohou se do popředí drát dávné zážitky, zkušenosti z dětství, krivdy, které člověk během života zakusil, anebo těžké věci.

Zdrojem sebevraždných kroků mohou podle její zkušenosti být vážné manželské neshody, které buď mohou trvat celoživotně, nebo vznikly až vlivem stáří. Ti lidé se mohou vlivem věku měnit, také jsou spolu 24 hodin denně, nemají jiné kontakty, mohou onemocnět, nebo u jednoho z nich se začne projevovat demence, nebo začnou psychické problémy.

Když přibude mírná kognitivní porucha nebo organické postižení mozku, nastane nebezpečí, že ty osobnostní rysy, které ještě nebyly takové, aby to byla porucha osobnosti, se vystupňují natolik, že už té poruše osobnosti odpovídají a člověk začne mít více konfliktů v rodině nebo v okolí. Nebo naopak to narcistní, člověk už nemá uplatnění, jaké měl dřív, ani tu sílu, oni pak si připadají zbyteční a řeknou si, já to skončím, nemá to smysl.

10.7.4.7 Nejsilnější zážitek se sebevraždou seniora

P 1 - to byli dva staří lidé, bydleli na Vinohradech, oba dva přežili, ona Terezín, on Maudhausen, oba byli Židi, oba přežili jako skoro jediní z těch rodin. Po válce se setkali, ten pán už byl jednou ženatý a o tu ženu přišel. Takhle se setkali, vzali se, žili spolu ...ve čtvrtém patře na Vinohradech se vzali za ruku a skočili z okna. ...bylo to tak, že ona byla letálně nemocná a už nebylo kam dál s léčbou a že to nějak vyhodnotili, jako že teda skočej z toho okna, že půjdou spolu. A já jsem si říkala, že je to vlastně jedno z takovejch velkejch přání párů, umřít spolu.

P 2 - Udělala to tak, že zavolala na policii, a řekla, aby přijeli, že nechce, aby ji našly děti. Oni jí chtěli přepojit na linku důvěry, ale ona řekla, že tam pracuje její vnučka a že už tam byla a že už s ní všichni všechno propovídali a že už se rozhodla a že ví dobře proč. Že jenom nechce, aby ji našly děti. Jenomže oni s ní mluvili, mluvili a mluvili a mezitím tam jeli, protože ona jim řekla, kde je, když ji měli najít, eště ji slyšeli ty, co byli za dveřma, ještě mluvit, ale nedostali se dovnitř. Ona jim neotevřela a opravdu skočila.

P 3 - Tak můj nejsilnější zážitek byl s klientkou, kterou jsem doprovodila na ten druhý břeh. Ta si hrozně moc přála zemřít a spoustu let se o to nějak snažila. Našetřila si peníze, aby mohla jet do Švýcarska na eutanázii. Byla velmi osamělá, neměla děti, neměla vlastně žádný přátele. Ta byla opravdu hodně fyzicky zatížená, byla nemocná, nemohla se pohybovat. A potom se to nepodařilo, peníze, které si na to šetřila, jí ukradli, tak se pokusila

sama. Měla za sebou jeden sebevražednej pokus, kterej jí nevyšel. A když se mnou mluvila a já jsem ji doprovázela, měla v sobě 15 rohypnolů. To bylo pro mě obrovsky silný. Já jsem to vlastně přijala a vlastně jsem s ní na telefonu zůstala, než usnula. Pak to ve mně bylo. Já jsem ji hodně odtruchlila, doufala jsem, že to vyšlo, ale zároveň jsem byla u svý viny a pochybností, jestli to jako bylo v pořádku. Pak se za ¾ roku ukázalo, že ona to vlastně přežila. Našla ji sousedka a potom ji hospitalizovali, už se nedostala pravděpodobně ven z tý nemocnice, byla na tom hrozně špatně, hrozně ji trápilo, že jí to nevyšlo.

P 4 - Měli jsme tady paní, která to myslela velmi vážně. Měla velký úraz, kdy měla zlomenou krční páteř, po operaci to přežila. Byla asi půl roku v krunýři, nemohla se hýbat. Paní s narcistními rysy, inteligentní paní, vysokoškolsky vzdělaná. Problémem bylo, že všechno, co do té doby drželo, zmizelo. Možnost aktivity, manžel před pár lety zemřel, ty lidi okolo jsou, ale nikdo není nejbližší. A tahle paní, když byla na tý operaci, tak jí pan primář řek, že utekla hrobníkovi z lopaty, že tady má ještě úkol. A ve chvíli, když už jí bylo líp, když tady byla po tom pokusu, tak si říkala, já tady mám ještě úkol. Ted' se narodí pravnuček, já mu budu vyprávět, já mu budu číst ty pohádky. A to je můj úkol, proto tady mám být.

10.7.4.8 *Co suicidálním seniorům pomáhá?*

Podle první respondentky (P 1) je prospěšný nehodnotící přístup, je nutné přijmout každého takového, jaký je. A nezbytně musí člověk neustále pracovat na rozšiřování své osobní normy, aby pobral všechny zvláštnosti lidí. Důležitá je práce s limity. Ujistíme, že každá bolest a trápení má někde svou mez, skončí. Dodáváme naději. Otevíráme rozhovor o omezeních, která dotyčnému člověku přináší stáří. Pomáháme mu hledat takové vnitřní nastavení, které by mu přineslo úlevu.

Následující dotazovaná (P 2) to vidí tak, že suicidálním seniorům pomáhá (jako všem ostatním) pozornost a zájem, vytvoření bezpečného prostoru pro rozhovor, podpora a ocenění, blízkost. Důležitá je otevřenost tématu sebevraždy a veliký respekt ke každému člověku. Pomáhá rozšiřování zúženého pohledu klienta a práce s jeho emocemi. Důležité je odložit jakékoli ambice a být v klidu.

Další participantka (P 3) říká, že dobře funguje sycení pozorností a zájmem. Otázka, co by se sebevražedným krokem změnilo, co vlastně potom bude, když se to povede, také pomáhá. Senioři začnou odpovídat, říkají, co si vlastně přejí. Někdy by chtěli klid, nebo úlevu od bolesti, nebo by si přáli kontakt. To už je ale rozhovor o něčem uchopitelném, co nějak jde zařídit. I s výše zmíněnou klientkou, kterou doprovázela, to nějakou chvíli fungovalo. Upnula se tomu, že se ještě podívá do zoo, milovala zvířata. Tím se to aspoň odložilo.

To, co považuje za užitečné je práce s rituály, kterou můžeme klientům nabídnout. A nezbytná je práce se sebou, přemýšlení o vlastní smrtelnosti, aby se pracovník nevylekal. Nevylekat se je podle ní velmi důležité. Říká, že klient vycítí naši kapacitu unést těžké věci, třeba jeho úzkost. Vycítí, když na to nemáme, a nehodí to na nás. To mu ale nepomůže.

Další respondentka (P 4) má zkušenost, že je důležité sebevražedným seniorům poskytovat podporu. Pomáhá jim, když mohou své pocity sdílet, pojmenovat je, mluvit o nich. Pomáhá jim také edukace, potřebují porozumět, co se jim děje a jaké jsou možnosti pomoci. Také jim prospívá přítomnost druhého. Zpočátku to může pomoci jen na chvíli, kdy se jim uleví, kdy lze od jejich myšlenek odvést pozornost, třeba jim při procházce v parku ukazovat stromy nebo kytky. Pomáhá jim vědět, že někdo zažil něco podobného a že se dá z toho dostat. Opírají se o zkušenost spolupacientů.

10.7.4.9 *Sebepéče odborníků*

Všechny dotázané pracují na své sebereflexi. Všechny využívají supervizi i intervizi, také se stále vzdělávají.

Dále sdělují, že jsou pro ně důležitými zdroji partnerské a rodinné vztahy, kontakt s přáteli, příroda, zahrada, intenzivní chůze, procházky se psem, plavání, masáže, hudba, četba, meditace, indiánská sauna, cestování. Pomáhá také rozumná míra práce – nebrat si moc úkolů.

10.7.4.10 *Shrnutí analýzy expertních rozhovorů*

Všechny mnou oslovené kolegyně potvrdily, že suicidalitu seniorů vidí jako problematiku, která si zaslouží větší pozornost, než jakou má. Všechny se setkaly s řadou případů, kdy senioři o sebevraždě uvažovali, nebo ji chystali, s takovými, kteří měli za sebou neúspěšný pokus, setkaly se ale i s případy dokonaných sebevražd, takových, které byly nepochybné. Rovněž jako já mají tu zkušenost, že někteří staří lidé by své smrti v tichosti rádi pomohli, ale nechtějí, aby na to někdo přišel, nechtějí na sebe ani po smrti upozorňovat.

Ač tato tematika určitě není jednoduchá, všechny dotázané vidí suicidální situaci seniorů nadějně. Jsou přesvědčeny, že je možné rozpoznat, co který člověk nejvíce potřebuje, a tuto potřebu dosycovat. Zároveň si uvědomují, jak nesnadné může být pro seniora v těžké situaci hledat a uchopit smysl vlastního života, který se mu vytratil.

Všechny dotázané se shodly na tom, že u sebevražedných seniorů bývá z hlediska PBSP deficitní potřeba místa, a to v otázce ztráty jistoty, že je tohle ještě jejich svět, že se tady vyznají, že sem patří. Svě místo mnohdy vidí „tam“, kam odešli blízcí, hlavně ti

nejbližší. Další podoba deficitu potřeby místa je ztráta smyslu života, kterou tito lidé nečekali a nevědí, co s ní. Osamělost jako ztrátu místa v důležitých životních vazbách respondentky rovněž vidí jako zdroj beznaděje, která může vyústit v sebevražedné úvahy.

Dále každá z dotázaných zdůraznila jinou deficitní potřebu, kterou u suicidálních seniorů vidí jako zásadní. Zároveň nastínily, jakým způsobem se o sycení té konkrétní potřeby můžeme postarat. K tomu, co chybí, hledáme dobrý protitvar, takový, který pomůže k úlevě.

Z rozhovorů se dozvídáme, že aniž bychom měli ambice, že dokážeme nenasycené potřeby seniorů dokonale dosytit, můžeme udělat alespoň něco. To, co těmto lidem může dát pocítit, že na nich záleží, že je v tom nenecháme a že existují možnosti, jak jim pomoci.

PBSP se jeví jako praktický nástroj identifikace toho, co chybí, a zároveň ukazatel cesty, „kudy na to“.

Rozhovory s odborníky jsou bohatým materiálem, v němž je zakódována znalost problematiky i zkušenost, obsahuje pozoruhodné postřehy, postoje k sebevraždám seniorů i osobní prožitky s nimi.

- Mnoho seniorů o sebevraždě mluví, ale většina z nich v životě vytrvá.
- Sebevražda buď znamená snahu něčemu se vyhnout, nemuset to zažívat, anebo je to touha po sladkém prenatalním spočinutí.
- Sebevražda je ovlivněna mocí a bezmocí.
- Je to součást jejich svobody se takhle rozhodnout. Je to osvobození a schopnost si ho dovolit.
- Udělá to ten, kdo má sílu.
- Negativní zkušenost „neúspěchu“ sebevraždy senioři prožívají silně. Mají strach, že by se jim to zase nepovedlo.
- U sebevražedných seniorů bývá přítomná porucha nálady, nebo úzkost. Je pak nezbytná medicína.

Všechny respondentky jsou si vědomy náročnosti své práce a nezbytnosti péče o sebe. Jedna z nich poznamenává, že se o sebe pečovat stále učí a že jí připadá, že zapomínat na sebe je časté téma pomáhajících profesionálů. Dotazované zároveň zdůrazňují význam spolupráce a vzájemné podpory v týmu, kde je důležitá možnost supervizí, kazuistických seminářů a celoživotního vzdělávání.

10.7.5 Případové studie

Případová studie neboli kazuistika je jednou z metod kvalitativního výzkumu, která má v psychologii svou tradici a zároveň patří do nástrojů IPA. Zařadila jsem zde tři případové

studie z oblasti krizové intervence, které dokumentují některé typické podoby suicidálního myšlení.

10.7.5.1 Případová studie 1 - paní Alžběta

73letá žena, která si přišla na krizové centrum promluvit o tom, že se cítí velmi osamělá. Přátele vlastně moc nemá, spíše nějaké známé. Její zájmy jsou hlavně psychologické a filozofické. Chodí ráda na přednášky, v poslední době ji velmi zaujala etikoterapie. Zaujatě o ní vypráví, nechápe, proč tento směr není mnohem více využíván.

Je rozvedená, má dceru a dvě dospělá vnoučata, mladší sestru, s kterou se vídá jen občas, další sestra už zemřela. Její pocit samoty je prohlubován problematickým vztahem s jedinou dcerou, která jí vyčítá, že měla hrozné dětství a že se o ni jako matka špatně starala. Zlobí se na ni, že ji děsila tím, že brzy umře. Paní se domnívá, že si dcera o ní myslí jen to nejhorší. Bohužel svými názory a proklamacemi ovlivnila i její vztah s vnoučaty, která jako děti moc nevídala. Nemají o ni příliš zájem. Když je o něco požádá, vždycky jí pomohou. Ale samy se ozvou zřídka. Jak je má požádat o blízkost?

Paní A. potřebovala mluvit o své těžké situaci. Potřebovala si postěžovat, ale také si přála zrekapitulovat svůj život za přítomnosti svědka. Stála o to dostat zpětnou vazbu, jak její situaci vidí někdo nezávislý. Chtěla získat nějaký nový pohled nebo nápad, jestli může ještě něco udělat, aby vztah s dcerou napravila.

Důležité pro ni bylo přiblížit nám své dětství. Byla prostřední ze tří sester. Připadalo jí, že nebyla v rodině příliš vítaná, cítila se být na okraji. Starší sestra byla hezčí, ta mladší byla zase chytřejší. Její matka velmi lnula k nejstarší dceři a po celý život s ní měla velmi blízký, důvěrný vztah. Vždycky ji nápadně preferovala. Otec se zase nejvíce zaměřil na tu nejmladší, která šla v jeho šlépějích. Bavili se spolu o knížkách a o všem možném, co je oba zajímalo. Ona nakonec vystudovala medicínu stejně jako otec, tak si potom už měli vždycky o čem povídat. Paní A. si připadala navíc. Její sestry měly jedna k druhé blíže než k ní. Mívala fantazie, že do té rodiny nepatří, že ji někdo v porodnici vyměnil, představovala si, jak ji bude její pravá rodina hledat a jak se ukáže, že je z významné rodiny, třeba urozená. Rodiče a sestry by pak usilovali o její přízeň, kterou by jim velkoryse věnovala. První vzpomínky tohoto druhu situovala do pěti let svého věku.

Brzy začala mít zdravotní problémy. Jako dítě byla několikrát v nemocnici, bolívalo ji břicho, nikdy na nic nepřišli. Pak kolem čtrnácti let začaly migrény, to jí bývalo hodně zle. Mělo to tu výhodu, že si jí rodiče, hlavně matka, více všímali. Už tehdy ale začala pociťovat, že ji rodina vnímá jako potíživku, přidělávala starosti. Vzpomíná, jak to bylo ambivalentní.

Jak byla nerada, že migréna začíná, protože to znamenalo bolest a nevolnost. Zároveň však byla ráda, že se matka bude o ni více starat. Časem migrény ustaly a byly vystřídány potížemi spíše psychického rázu. Cítila se ztracená, sama sobě odcizená, připadalo jí, jako by ani nežila svůj život. V té době začala být hodně unavená. Když vyčetla své matce, že ji nemá ráda, se zlou se potázala. Matka jí vysvětlila, že je to nesmysl a že každá máma má stejně ráda všechny své děti. Také že je nevďečná a jsou s ní pořád problémy, měla by si vzít příklad ze svých sester. Ona však viděla, že je ve své rodině outsiderem. To jí bylo něco kolem 17 let.

Nevěděla, kudy kam, připadala si ztracená a zbytečná. Byla už ze všeho vyčerpaná, neměla kamarádky, ve škole si taky připadala sama, nic ji netěšilo. Byla nakonec tak zoufalá, že to nemohla vydržet a pokusila se o sebevraždu. Spolykala léky a doufala, že její trápení skončí. Léky si vzala ve svém pokoji, v době, kdy všichni byli doma. Nemyslela, že na to přijdou, obvykle si jí moc nevšíмали. Chtěla být v okamžiku smrti blízko u nich. Rodiče to zjistili a odvezli ji na psychiatrickou kliniku. Hospitalizovaná byla dvakrát, ale nijak to nepomohlo to. Potřebovala pochopení, ale bylo to jen poučování, co by neměla a co by měla dělat, a omezení. Dostávala léky, po kterých jí bylo divně.

Dospěla k tomu, že nemá cenu být upřímná. Rodiče, kteří se o ni zajímali víc, když měla migrény, jako by o ni po jejím sebevražedném pokusu ztratili zájem. Připadalo jí, že nad ní zlomili hůl. Ještě víc se semkl rodinný čtyřlístek, ještě více se cítila osamocená. Začala tedy předstírat. Přestala se stranit lidí, smála se, domlouvala se se spolužačkami na různých akcích, dělala, že ji zajímá bavit se o chlapcích, chodit do kina, scházet se v parku, chovala se jako by ji to všechno bavilo. Snažila se vystupovat jako ostatní, i když se v tom necítila být sama sebou.

Takhle se potkala se svým manželem. Ve společnosti a v přetvářce, jak doslova řekla. Byla však hodně zamilovaná a vkládala do něho velké naděje. Konečně tu byl někdo, kdo se zajímal především o ni. Ze začátku byl pro ni ten vztah jako balzám na bolavou duši. Vzali se a brzy se jim narodila dcera. Starat se o dítě bylo však vyčerpávající, už jí nezbývala síla chovat se, jak se od ní očekávalo. To manželství se ukázalo jako omyl. Oba byli zklamaní. Když byly dceři čtyři roky, rozvedli se a manžel se pak znovu oženil.

Tehdy jí začalo být hodně špatně. Všechno ji bolelo, ulehla, bála se, že brzy umře. Měla neschopenku sice od psychiatra, ale měla silnou obavu, že má rakovinu. Musela tu malou připravit na to, co bude. Malá se o ni starala, naučila se dělat čaj, mazat rohlíky, vynášet odpadky, telefonovat. Paní A. byla šťastná. Byla zahrnutá láskou a pozorností. Nikdy se nikdo o ni nezajímal tolik, jako ta malá. Dcera se k ní tulila a měla o ni velkou starost. Někdy také plakala, ale to je přece u dítěte normální. Za nějakou dobu si dceru odvedla

babička, její matka. Řekla, že takhle to nejde a že malá bude u nich, dokud se její máma nedá do pořádku. Paní A. trochu vadilo, že nebude mít dceru na blízku, ale jinak byla ráda, že bude mít méně starostí a více klidu a času sama pro sebe. Malá se tam měla dobře, babička i děda se jí věnovali. Byla u nich asi dva roky. Pak zdravotní problémy ustoupily a malá se vrátila domů.

Snažila se o ni starat, jak nejlépe to šlo. Chtěla s dcerou vytvořit tak důvěrný vztah, jaký měla její matka s nejstarší dcerou, chtěla jí dopřát to, po čem sama marně toužila. Vlastně nikdy nepronikla do toho, co její matku se sestrou spojovalo. Měla představu, že si říkají všechno. A tak všechno své dceři říkala, nic před ní netajila. Malá naslouchala a třeba ji politovala, nebo něco poradila. Bylo to moc milé. Tehdy se o paní A. začali zajímat muži, dělalo jí to dobře, ale nikoho si nechtěla příliš pustit k tělu. Byla si vědoma, že vypadá dobře, trochu toho využívala. Aspoň pro ni někdo něco udělal. Jediný, s kým o tom mohla mluvit, byla dcera.

Pak dcera vyrostla a začala si žít svůj život. Poté, co paní A. žila jen pro ni, nečekala, že by se od ní mohla tolik odtáhnout. Za všechnu svou lásku očekávala více vděčnosti a ohledů. Dcera se odstěhovala ještě během studia na střední škole. Po maturitě šla studovat sociální práci, potom si dělala nějaký výcvik v psychoterapii, paní A. myslela, že je to vlastně dobře, že ji nakonec lépe pochopí a zase se jí přiblíží.

V dceři se ale naopak objevil nepochopitelný vztek. Kdykoliv byly spolu, dcera se chovala podrážděně, odmítala navázat na starou notu. Dodnes když nastane nějaký konflikt, dcera ji obviňuje, že ji obrala o dětství, že se o ni nestarala, jak se matka starat má, že ji zavalovala svými těžkostmi a jejímu věku nepřiměřenými starostmi a že jí to nemůže nikdy zapomenout. A nejvíc ze všeho že prý byl hrozný ten strach, že máma umře, že ji to drásalo. Dcera ji obviňuje, že ji citově vydírala a vydírá. Už tehdy, jako dítě, u svých prarodičů slyšela, že máma nemá žádnou rakovinu, že je hysterka, že to všechno dělá schválně. Paní A. těžce nesla nesouhlas a nedostatek podpory od svých rodičů. V té době, kdy měla u sebe malou, jí také matka ve vypjaté situaci řekla: „já jsem věděla, proč tě nechci, jako bych tehdy tušila, jaká ty budeš“.

Nikdo nechápal, jak těžko bylo jí. Hysterii jí prý „přišil“ tehdy ten psychiatr, protože si s ní nevěděl rady. Ale dcera to teď často používá. Takhle už je to dávno. Stýkají se hodně formálně, vnoučata už jsou dospělá, ale vztah s nimi také není dobrý. Přitom to chvíli vypadalo, že jí vnučka nahradí dceru. Dcera to ale překazila a řekla, že chce, aby její děti rostly normálně. A když se na ně paní A. obrací o pomoc, většinou se dcera do toho vloží a

říká, aby je nechala v klidu studovat a žít, ať řekne jí. Je to neustálé napětí, které se velmi snadno promění ve výčitky, slzy a křik.

Paní Alžběta by byla ráda, kdybychom si mohli pozvat její dceru a vysvětlit jí, že by se k ní měla chovat jinak, že by ji měla více chápat a mít ji ráda. Je přece stará a nemocná.

Tohle byla ta rekapitulace. Vysvětlili jsme jí, že dceru k nám zvát nemůžeme a už vůbec nemůžeme vstupovat mezi ně s takovýmto zadáním. Paní A. se od nás nedočkala výtek ani hodnocení, spíše jsme reagovali na její prožívání, na to, jaké to pro ni musí být těžké cítit se takhle osamělá. Byla tím nějak překvapená, asi už dlouho byla spíše odmítaná než přijatá. Stačilo opravdu málo, aby získala pocit důvěry. Zeptala se, jestli by mohla přijít ještě pozítří, že má ještě něco na srdci.

A přišla. Mluvila o své velké psychické bolesti, o tom, že je hrozné nikam nepatřit a nikoho nemít, připustila, že svou dceru asi opravdu zatížila. Sdělovala, že jak si tenkrát vzala ty léky, po kterých chtěla umřít, že se jí nějak tou možností ulevilo. Od té doby po celý život tuhle alternativu v sobě má, nějak jí to pomáhá. V poslední době se to zase hodně vynořuje. To bylo vlastně to hlavní, o čem chtěla mluvit. Že je na světě zbytečná, že je její život jeden velký omyl a setrvávat v něm ztrácí pro ni smysl. Ví, že vztah s rodinou už nespraví. Je to hodně pokažené. Pořád doufala, že se to s dcerou urovná, že zase budou jedna pro druhou. Teď už tomu přestává věřit. Má v sobě vzpomínku, jak byly spolu a jak krásně se cítila. Dcera jí dala to, co jí dlužil celý svět. Ale pak jí to zase vzala.

Také ví, že kdyby se zabila, dcera by si to vyčítala, nechce jí to udělat. Taky nechce, aby jí u hrobu vyčítala ještě další provinění. Musela by to navléknout jako nešťastnou náhodu. Stejně ji čeká jen o osamělost a stáří. Ten život je celý nevydařený...

Ptala se, jestli si také myslíme, že je vyděračka. Že chce dosáhnout něčeho, čeho jinak nedosáhla. Říkala, že její metou je klid, svatý pokoj, konec těch zacyklených sžíravých myšlenek, konec toho psychického utrpení.

Podíváme-li na tento případ prizmatem potřeb podle Alberta Pessa, můžeme vidět především deficit potřeby místa. Těžko se někdy dozvíme, jaký byl příběh jejího místa v rodině. Možná přišla na svět příliš brzy po své starší sestře (1,5 roku), možná byla nechtěná (viz výše uvedený matčin výrok), možná byla něčím odlišná a rodinou nebyla úplně pochopená a přijatá. Ať to bylo jakkoliv, rozhodně necítila, že je ve své rodině správně, na dobrém místě, a že tam nepochybně patří. Svou nejistotu v této potřebě si evidentně nesla dál a nedařilo se jí získat místo na slunci ani mezi dětmi ve škole, ani později v zaměstnání, bohužel ani ve své nové rodině pak nebyla schopná vytvořit dobré místo k životu. Nemít dobré místo na světě může vést k fantaziím a nadějím, že člověk to dobré místo najde jinde,

po smrti. Klid, spočinutí, mnohdy jsou to představy o blaženosti, kterou někdo popisuje jako nebe a někdo jako návrat do mateřského lůna (Crandell, Pessó 1991)

Dalším zřetelným deficitem je potřeba výživy. Paní A. nebyla dostatečně živená pozorností, zájmem a láskou. Což neznamená, že měla krkavčí rodiče, ale že její osobní individuální potřeba nebyla rozpoznána a nasycena, jak by to pro ni bylo akorát. Zůstane otázkou, zda se rodiče nesnažili sytit ji co nejlépe, a když všechno bylo málo nebo špatně, vzdali to.

Paní A. také s dobrým úmyslem sytila svou dceru pozorností a blízkostí a patrně ji vůbec nenapadlo, že to, co jí nabízí je toxická výživa, která jejich vzájemný vztah může otrávit. Sytila dceru neadekvátně jak v intenzitě, tak v tématech a v emocích.

V neposlední řadě je zde patrný deficit v potřebě limitů. Troufla bych si odhadnout, že její rodiče neuměli dát dostatečně pevný, pružný a laskavý limit, aby se naučila záležitostem svého života dobře ohraničovat. Možná z bezradnosti přecházeli do restriktivní polohy, kdy zakazovali, hodnotili a označovali její chování (možná i ji) jako špatné. Troufla bych si říci, že byli přesvědčeni, že takto vypadá správná výchova. Následkem toho, že nemá zvnitřněný zážitek, že všechno těžké má svůj limit, začala se hroutit z pocitu, že už je všeho na ni moc, už ji to zmáhá, zavaluje, už to nevydrží. To, co se jevilo jako nejtěžší, bylo její uvědomování, z mlhy vystupující náhled, co v životě pokazila. To byl v určitou chvíli nejvíce ohrožující moment. Její zájem o psychologii byl možná motivován touhou porozumět tomu, co se jí děje, což se nakonec do určité míry podařilo.

Za zajímavé považuji i to sdělení, že od svých 17 let nikdy úplně neopustila myšlenku na sebevraždu. Je to něco, co slýchám opakovaně. Pokud člověk jednou vyhodnotí možnost ukončit svůj život jako dobré řešení, často mu pak tato možnost zůstává uložená v paměti. Nikdy nemusí být použita, ale v případě krajní nouze je k dispozici.

Dalo by se říci, že celoživotní snahou této ženy bylo někam patřit, být doma ve své rodině, ve svém světě. Podle Shneidmanova pojetí (1998), v němž většina sebevražd spadá do jedné z pěti skupin frustrovaných psychologických potřeb, bychom ji v souvislosti s frustrovanými potřebami péče a sociální podpory a připojení zařadili k těm, kde jde o „zmařenou lásku, přijetí a příslušnost“, která koresponduje s Pessovými potřebami místa a výživy.

Definovat frustrované psychologické potřeby považujeme za klíčový krok v pomoci suicidálním nebo zoufalým lidem. Shneidmana (1998) říká, že terapie pro sebevražedné osoby je na míru šité řešení frustrovaných potřeb, které vyvolávají psychologickou bolest, která posiluje sebevražedné myšlenky. To, co pomáhá uvolnit tenzi při frustrované potřebě místa, je

ujištění, že u nás je ten člověk správně. A skutečně prospělo stavu paní A., že byla přijata, oceněna, že si toto místo našla a že přišla. Místo nemůže však pouze existovat, musí také symbolicky toho člověka obejmout. Je nutno mít pro něho mentální místo, mít kapacitu na jeho stesky a trápení, kapacitu s ním sdílet jeho příběh, mít prostor ve svém harmonogramu (místo v diáři). První krok krizové intervence, redukovat napětí, byl s paní A. učiněn. Jak byla ponořena ve své osamělosti, nečekala otevřenost a přijetí.

Potřeba výživy běžela zcela spontánně, paní A. byla hladová, a tak se sytila kontaktem, pozorností a informacemi, které jsme jí poskytovali.

O potřebu limitů bylo nutné se postarat v tom ohledu, aby bylo stále jasno, že jsme tu sice pro ni, že ji akceptujeme a jsme na ni empaticky naladěni, ale že jsme ve službě. Nastala drobná kolize, kdy se paní A. začala chovat, jako bychom byli její nová rodina. Žádná tvrdá odmítnutí nejsou na místě, ale pomohlo o tom opakovaně mluvit, vymezovat role, abychom ji chránili před zklamáním a sebe před naštvaností.

Péče o tyto potřeby přinesla výsledek. Paní opouštěla a postupně opustila myšlenky na sebevraždu. Frustrace jejích potřeb přestala být tak výrazná, témata rozhovorů se proměňovala. Také měla čím dál větší soucit se svou dcerou jako s malým dítětem. Rozhodla se, že se jí půjde omluvit a že se přestane domáhat ujištění, že byla v právu, že to nešlo jinak. Zážitek, který pak sdílela, byl pro ni překvapivý. Dcera ji objala a řekla, že už by to obě mohly odložit.

Po osmi sezeních poskytnutých v rámci krizové intervence jsme se loučili s trochu smutnou, ale ne zoufalou ženou, osamělou, ale ne osiřelou, nejistou, ale ne sebevražednou.

Paní Alžběta se rozhodla dopřát si psychoterapii, která jí, jak nám později přišla říct, velmi prospěla.

Z mého praktického pohledu bylo důležité, že paní A. byla ochotná zabývat se smyslem svého života. Pochybovala o něm, ale svým příběhem procházela se zvědavostí a zvidavostí. Ukázalo se, že smysl svého života by mohla znovu nalézt, kdyby měla lepší kontakt se svou rodinou a necítila se tolik osamělá. Bylo pro ni důležité zabývat se možnostmi, jak se k dceři a její rodině připojit. Přes všechno, co bylo v její osobnosti komplikované, sama viděla, že útrpnou naléhavostí vždycky jen vyostří situaci a že se potom s dcerou už vůbec nejsou schopné domluvit. To, že našla vůči dceři nové nastavení, jí dalo naději.

Jako by se smysl života získat lásku své rodiny (vynutit si ji, vyvzdorovat) proměnil ve smysl druhé pochopit a lásku poskytnout.

10.7.5.2 Případová studie 2 - pan František

Na linku důvěry zavolal uprostřed noci zoufalý, pláč přemáhající osmdesátiletý muž. Sdílel své pocity bolesti, osamělosti a stesku po manželce, s kterou prožil téměř šedesát let života a která před nedávnem zemřela.

Po její smrti měl úkoly, kterých se zhostil s plnou pozorností. Zařídil pohřeb, zorganizoval setkání se širší rodinou, uspořádal všechny její věci. Co si nechtěl nechat na památku nebo co si nevzaly děti či někdo z rodiny, odvezl do charity. Několik týdnů po pohřbu pak spolu s nejbližšími uložili její urnu do hrobu. O vše se postaral a nyní je hotovo. Zařídil, co bylo potřeba, tohle ještě mohl pro manželku udělat, to byla jeho povinnost. Dokud ty úkoly měl, nepřipadal si tak marný.

Nyní jej ale přemáhá pocit prázdnoty a slabosti. Nemá smysl tu bez ní zůstat. Sám o sobě není nic. Byli srostlí do jednoho celku. Všechno prožili spolu. I všechny věci, kterými je doma obklopen, si pořídili spolu. Každou tu věc si nejprve vysnili, pak si na ni ušetřili, a pak si ji spolu koupili. Každá ta věc se na něho dívá jejíma očima.

Také ho zrazuje tělo, něco takového dosud nezažil. Jako by se mu podlamovaly nohy. Najednou jsou vratké, nespolehlivé. Kolikrát si raději sedne, aby neupadl.

Není na světě sám, má syna, dokonce mají spolu velmi dobrý vztah. Také snacha je moc hodná a vnuci mu dělají radost. Syn se snachou se hodně snaží mu pomáhat. Nejde o to, aby s nimi bydlel, jsou nedaleko a on je v dobré fyzické kondici. Ale mnohem častěji, než dřív se někdo z nich zastaví, něco dobrého přinese, popovídá si s ním, o víkendu ho zvou na obědy a na výlety. A to se mu nějak příčí. Nechce jim být na obtíž, vidí, že mají svých starostí až dost. Navíc tu velkou prázdnotu po zemřelé manželce žádné návštěvy ani aktivity nemohou vyplnit.

Všechno jako by v poslední době ztratilo význam. Před pár dny byl zván na setkání spolužáků, odmítl tam jít. Už na tom minulém, před dvěma lety, mu to připadalo jako tryzna. Zbyla jich hrstka, někteří jsou v žalostném stavu, není lehké to vidět. Připadá mu to jako zrcadlo, které mu říká, že dál bude už jedinečně hůř. Umřít by mu nevadilo, když tu není ona, ale má strach ze závislosti, ze ztráty soběstačnosti. S nikým z nich se vlastně nepotřebuje vidět. Dva kamarádi, které ve své třídě měl, už zemřeli. S těmi se občas vídal, nebo si napsali, zatelefonovali, ale s těmihle by to bylo spíše formální setkání. Hlavně s nimi nechce mluvit o ztrátě manželky, není na to připravený.

S ženou si mohli všechno říct, i to, jak si připadají nemožní. Třeba v technických záležitostech. Ovládání televizoru nebo nového mobilního telefonu, všechno je to tak náročné, každý přístroj se pouští jinak. Občas se jim stalo, že se chtěli podívat na televizní program a

televize nefungovala. Pak přišel syn a jednoduše ji pustil. Jen zmáčkli špatné tlačítko. Někdy si říkali, jak už do téhle doby nepatří, že tohle není jejich svět. Někdy smutně a někdy s humorem, zasmáli se tomu. Ale byli na to dva.

Život ho bez ní netěší, stýská se mu, cítí velkou bolest. Nechce už žít, vnímá to úplně zřetelně. Ještě nepřemýšlel, jakým způsobem život ukončit, ale nějak to vymyslí, aby to vypadalo jako přirozená smrt. Nechce v synovi vyvolat pocity viny. Vidí, jak se syn snaží a ví, jak mu na něm záleží.

Na otázku, co by mu na tyhle úvahy řekla manželka, kdyby ho teď mohla slyšet, odpověděl až po chvíli ticha. „Ta by mě hnala! Ta by na mě čekala u nebeské brány se sukovicí a hnala by mě zpátky“! Pak začal hledat sešit, do kterého mu jeho paní poslední dobou zapisovala nějaké pokyny. Opakovaně mu říkala, že ona půjde první, že umře dřív než on a že se pak musí dobře o sebe starat. Chodit do nedaleké dietní jídelny na obědy a nejíst pořád buřty s cibulí. Pán začal listovat a číst. No jo, kalhoty už jsem si měl dát do čistírny, taky zimní věci měly už být uložené, příští měsíc mám zaplatit pojistku... A rozhovor byl rázem u jiných témat. Zítra si do té blízké jídelny dojít a zjistit, jaké to tam je, vyřídit všechny resty. Poryv zoufalství jako by najednou utichl, konkrétní záměry jej znovu začaly kotvit v realitě. Jeho moudrá žena mu sepsala sešit, jak přežít. Z každého záznamu se dozvídal, jak je důležitý, jak na něm záleží. Znovu měl úkoly, věřím, že mu pomohly překlenout nejbolestivější období.

Potřeby podle Alberta Pessa, které jsou v tomto případě v deficitu, jsou potřeba místa, výživy a podpory.

Tento muž pochyboval o tom, že má na tomto světě ještě své místo. Připadal si ztracený a chtěl být tam, kde by nepocíťoval extrémní osamělost a smutek. Smrtí manželky ztratil jistotu svého kotviště.

Být vyživován blízkostí, pozorností, láskou a péčí nejbližšího člověka, je velká ztráta, kterou nelze snadno nahradit. Nabízet jinou „výživu“ není lehké a mívá se to účinkem. Tomuto člověku prostě život nechutná, je potřeba trpělivosti, než si sám po něčem sáhne.

Podporu, která byla pro něho přijatelná, dostal prostřednictvím sepsaného „návodu na život“, který mu manželka připravila. Byl podpořen v tom, aby se o sebe postaral. Tato podpora mu pomohla vzít některé věci znovu do ruky, a přitom nemít pocit, že je na světě navíc, zbytečný, nebo dokonce že se zpronevěřuje své ženě. Vypadá to, že podpora, kterou mu nabízel syn a jeho rodina, nebyla přesně to, co tento muž potřeboval. Výlety a návštěvy jej mohly rušit a prohlubovat pocit opuštěnosti.

Procházel fází hlubokého truchlení a intenzivně prožíval to, čemu Kastová říká rozlomení pospolitého já (Kastová 2000).

Ve Shneidmanově pojetí bychom označili jako zjevné téma zmařenou (zaniklou) lásku, přijetí a příslušnost, v souvislosti s frustrovanými potřebami péče a sociální podpory a připojení. Láska rozdělená smrtí. A dále „roztržku“, v případě úmrtí partnerky bychom spíše řekli rozlomení nebo ztrátu klíčových vztahů a následný žal a oloupenost, které souvisejí s frustrovanými potřebami příslušnosti a výživy.

10.7.5.3 Případová studie 3 - paní Muškátová

Na linku důvěry zavolala 86letá žena. Vyjadřovala velké obavy z budoucnosti, nejistotu, pocity, že už je na světě zbytečně. V průběhu posledních let ztratila své důležité lidi. Manžela pochovala před pěti lety, oba její sourozenci už také zemřeli, všichni vrstevníci jsou pryč. Před týdnem zemřela její poslední kamarádka. Měla dvě děti, s nimiž měla celý život dobré vztahy. Obě rodiny o ni projevovaly zájem, začaly mít starost, jak dlouho bude zvládat samostatný život, nabízely, že se může přestěhovat k nim. Ona však lpěla na svém domově a na tom, že si zatím poradí, že si svůj život může režírovat sama. Bohužel se jí do mysli vkrádaly pochybnosti, že to zvládne. Poslední dobou pociťuje strach. Ne strach ze smrti, ale z neschopnosti. Že si to sama pokazí. Každou chvíli zakopne, minulý týden upadla, uhodila se a má monokl na oku. Každou chvíli se řízne, je nešikovná. A také se začala bát, že se nedovolá pomoci, kdyby bylo potřeba.

Domov pro ni znamenal bezpečné místo, kde si může všechno dělat po svém, kde má svůj klid a své soukromí. Velice se bránila ztrátě této hodnoty, k dětem jít nechtěla. Realisticky odhadovala, jak by se situace vyvíjela. Její děti už byly také v důchodovém věku a byly zvyklé na svůj klid. Nechtěla je obtěžovat a nechtěla se vystavovat tomu pocitu, že je na obtíž. Její dcera s manželem bydlela v malém bytě, kam by se stěží vešla. Paní T. předpokládala, že by si navzájem překáželi a začali by si jít na nervy. Syn s manželkou žili sice v prostorném rodinném domku, ale v zahraničí, kam se paní T. nechtěla stěhovat, mimo jiné i kvůli jazykové bariéře.

Odchod do domova pro seniory se jí jevil jako nepřijatelné řešení. Před mnoha lety byla několikrát navštívit svou sousedku v domově důchodců a zůstal v ní pocit, že něco takového rozhodně nechce zažít. Přijmout pomoc a podporu vlastně nejen nechtěla, ale ani neuměla. Celý život se o někoho starala, role člověka, který péči přijímá, pro ni byla nepředstavitelná, ale i nepříjemná. Pobytová sociální služba ji děsila, ale lákavá pro ni nebyla

ani pečovatelská služba. Mít pečovatelku pro ni znamenalo, že to s ní jde z kopce, že je neschopná.

O svém životě mluvila hezky, vzpomínala, co všechno se v jejím životě naplnilo a povedlo. Měla hezké manželství, s mužem si rozuměli. Když se vyskytla nějaká nepříjemnost, uměli si to říct. Vždycky dbali na to, aby slunce nezapadalo nad jejich hněvem. Už si ale přála skončit, zemřít. Už tady nemá ty své lidi, chtěla by za nimi. Tohle už není její svět, spoustě věcí nerozumí, připadá si zbytečná. Má co dělat sama se sebou, nikomu už nepomůže. Ani nemá moc energie se ptát, jak se dětem daří. Kolikrát si uvědomí, že kdyby nezavolaly, ani by spolu nemluvili. Všechno cenné, jako medailonek po prababičce, už dětem dala, stejně jako jim už dala ušetřené peníze, aby „nemusely čekat na její smrt“.

Trápilo ji, že v domě, kde bydlí, už skoro nikoho nezná. Celé roky se znala se všemi sousedy, před časem však nastal v domě velký pohyb. Někteří lidé se odstěhovali, jiní zemřeli, přišli noví, někteří jen na krátkou dobu. Už ani nepozná, kdo v domě bydlí a kdo jenom přišel na návštěvu. Zná jen své sousedy na patře. Jedni z nich mají malé děti, ráda by jim pohlídala, aby se dostali třeba do kina, ale ani takovou věc nezvládne, nevěří si. Kdyby se něco stalo, kdyby dítěti začala horečka, nebo by začalo zvracet, nebo by se poranilo, neporadila by si.

Říkala, že si mnohdy neví rady s tím, co dříve řešila úplně v klidu. Poslední dobou je taková panikářka, což nikdy nebyla. Trochu se bojí, že se už nepostará o sebe. Že se obtížně rozhoduje. Dělá jí problém poznat, že je něco nebezpečné. Jako by to nemělo řešení.

Její život už je marný a pán bůh si ji pořád nechce vzít. Nejlepší by bylo vzít si hodně prášků na spaní, to by ji mohlo vysvobodit. Neměla by starosti a starosti by si nikdo nemusel dělat o ni. Také říkala, že nechce, aby to někdo věděl. Že zahladí stopy, nenapíše žádný dopis na rozloučenou, a tak nikoho nenapadne, že své smrti pomohla. Děti by to řešily, možná by si něco i vyčítaly, ale není co. Má je ráda a ví, že ony ji také.

Během rozhovoru, když mluvila o tom, že už nemá, co komu dát, ji napadlo, že má vzácnou odrůdu vonného muškátu. Napadlo ji, že by bylo hezké ještě ho nařízkovat a rozdat, ještě by mohla někomu udělat radost. V tu chvíli se energie rozhovoru proměnila. Vypadalo to, že ženu tento nápad zaujal, jako by ožila, a rozhovor šel ke svému závěru. Rozloučily jsme se.

Po několika měsících se paní M. znovu ozvala. Poznala mě po hlase a ptala se, jestli si ji pamatuji (nešlo si ji nepamatovat). Spokojeně vyprávěla, jak připravila sazenice, dala do květináčů, a když začal růst, obešla celý dům, u každých dveří zazvonila a sousedům ho nabídl. Všichni poděkovali a všichni si ho vzali! A něco se stalo. Cizí lidé, kteří ji často i bez

formálního pozdravu míjeli, se na ni usmáli. Třeba jen prohodili konverzační větu o počasí, zeptali se, jak se má. Dokonce od té doby zazvonila sousedka a přinesla jí „štrůdl ke kafičku“, zazvonil soused, že jede pro velký nákup, ať napíše, co potřebuje... A teď ji potkala jedna ze sousedek a řekla jí, že už na ni chtěla zvonit, protože ji dlouho neviděla, aby se ujistila, že je paní v pořádku. Všechny tyto projevy zájmu, i ty nejnepatrnější, ji uklidňovaly a dělaly jí radost. A ona si oddychla. Věděla, že ji alespoň někteří lidé v domě registrují, že tam není sama.

Odhodlala se zatelefonovat na pečovatelskou službu, na niž si vzala číslo jenom ze slušnosti, aby neurazila, a službu si vyjednala. Má se prý jako v nebi. Má svou paní Vlastičku, která dvakrát v týdnu přijde, pomůže v domácnosti, něco nakoupí, ale hlavně si pak spolu sednou, uvaří si čaj nebo kafičko a povídají si.

Paní M. řekla, že asi pochopila, proč tehdy tolik myslela na smrt, proč ji chtěla uspěchat. Bála se, že by se její stav mohl vyvíjet nepříznivě, ale také se bála smrti v osamění, bála se umřít nepovšimnutá. Sice byla ráda, že je doma, ale úplně jistě a bezpečně se necítila. Vzít to všechno do ruky by jí dalo větší jistotu než čekání.

Nastala však změna a lidé v domě ji začali vidět, registrovat; ujistila se, že jim není lhostejná. Tak málo stačilo k obnovení jejího pocitu klidu a bezpečí.

A přidala dovětek. Víte, co se stalo s tím muškátem? Už byl takový k ničemu, podobně jako já. Jak jsem ho ořezala, celý obrostl a nádherně rozkvetl...

PBSP potřeby, které v tomto případě dominují, jsou potřeba místa a bezpečí.

Její domov byl tím místem, do něhož se mohla schovat, schoulit, kde jí bylo dobře. Nepřicházelo pro ni v úvahu žít někde jinde. Její zdravotní stav ji k tomu dosud nenutil. Paní Růžena však měla své místo v životě i ve vztazích dobře obsazené, troufli bychom si předpokládat, že si v případě potřeby své dobré místo znovu vytvoří. Nelze však vyloučit, že by raději sáhla po vysoké dávce hypnotik, než by se musela stěhovat.

Potřebou, jejíž deficit narůstal, bylo bezpečí. Bezpečí jí do určité míry poskytoval domov. Začaly se ale objevovat pochybnosti, jestli je ve svém domově skutečně bezpečná. Jestli je dostatečně samostatná, jestli ji někdo z okolí vnímá, jestli by jí někdo v případě potřeby pomohl zavolat děti nebo sanitku, nebo obojí. Překvapující bylo, jak subtilní krok pomohl ke změně, která nebyla nijak ohromná, ale pro paní M. zásadní.

Shneidmanovu pojetí by v tomto případě odpovídala ztráta kontroly, předvídatelnosti a uspořádání, která souvisí s frustrovanými potřebami pro dosažení (něčeho), autonomie, řádu a porozumění. Dosáhnout něčeho je v seniorském věku úplně jiné než v mládí. Metou této ženy

bylo dosáhnout klidného odchodu ze života, věčného klidu. Šla by tam, kde už má všechny své lidi, kam cítí, že patří.

10.8 Bariéry v přístupu k sebevražednosti

10.8.1 Tabuizace sebevraždy

Sebevražednost seniorů je závažný problém, bez ohledu na to, kolik jich od suicidálních myšlenek přikročí k činům. Dojem poskytovatelů sociálních služeb, že nikdo z jejich uživatelů není sebevraždou ohrožený, se ukázal jako mylný. Nějakou podobu sebevražedných myšlenek jsem identifikovala téměř u všech participantů výzkumu. Pouze dvě ženy prohlásily, že je něco takového nikdy v životě nenapadlo.

10.8.2 Bagatelizace sebevraždy

Domnívám se, že je to způsobeno jednak bagatelizací výroků těchto seniorů, která pracovníky chrání před konfrontací s těžkým tématem. Nemyslím si, že by někdo záměrně suicidálním lidem bagatelizací ubližoval, spíše je to neblahý důsledek mýtu, že mluvením o sebevraždě ji můžeme dotyčnému člověku nejen potvrdit, ale dokonce podsunout. Mnozí z dotázaných pracovníků, jichž jsem se ptala v průběhu let, čeho chtěli docílit, když vyjádřili směrem k sebevražedné úvaze člověka bagatelizaci, odpověděli, že chtěli odvést pozornost, nebo situaci nadlehčit. Domnívat se, že naše nadlehčení takto těžkých prožitků pomůže někomu, kdo nám naznačuje nebo svěří, co mu jde hlavou, je samozřejmě mylné. Sebevražední lidé, alespoň jak jsem se s tím setkala (nejenom u našich respondentů), nepřijímají bagatelizující výroky od druhých lidí s úlevou. Naopak, cítí se odmítnuti a vlastně i zahanbeni, že o tak špatných věcech přemýšlejí a mluví, připadají si vlastně špatní. Přestanou to říkat nikoli proto, že se jim ulevilo, ale proto, že si připadají nepřijatí a nepochopení.

10.8.3 Strach z manipulace

Další možnost je, že jsou tito lidé považováni za manipulátory, vyděrače. Jsou podezírání, že o suicidiu mluví, aby dosáhli svého záměru. Což je jistě možné a manipulativní komunikaci je potřeba rozeznat. Nikoli však proto, abychom toho člověka usvědčili ze špatných úmyslů a přestali si ho všímat, ale proto, abychom se ptali na jeho potřeby a třeba po malých krůčcích ho podněcovali ke komunikaci asertivní.

10.8.4 Nezpracované zážitky

Někdy se lidé bojí o sebe. Někdo z jejich rodiny suicidoval, nemají to srovnané a ukončené, a každé slovo o sebevraždě v nich může vyvolávat paniku, úzkost, pocity viny, bezmoc nebo vztek. Rychle pak zastaví toho, kdo začal o sebevraždě mluvit. Ten člověk se pak může cítit velmi zahanbeně. Téměř jistě už příště neřekne raději nic. Ví, že by jeho slova nepadla na úrodnou půdu, že nedostane odezvu, kterou potřebuje.

10.8.5 Nejistota pracovníků

A někdy je to prostě nezkušenost a nejistota, jak s klienty mluvit. Strach, že jakoukoliv odpověď mohu rozdmýchat nebezpečí, způsobí, že člověku zmrznou slova na rtech. „Tak jo“, reagovala pečovatelka na povzdechy klienta, že už to nevydrží, že se zabije. Každý člověk v pomáhající profesi nemusí být k takovému rozhovoru připraven, může ale říct aspoň něco. Stačí velmi obyčejné věty. Vám je dneska nějak těžko. Povězte mi, co se stalo. Leží se vám dobře? Nemáte žízeň? Co vás bolí? Někdy stačí prostě říct, že by to byla škoda a že jsme tu proto, abychom pomohli. Dalším krokem už může být zkontaktovat toho pracovníka, který je vybaven dovednostmi krizové intervence, nebo který zvládá těžká témata. Pokud zrovna na pracovišti nikdo takový není, je třeba zavolat nějakého externistu, psychologa, faráře atd. Naše expertní respondentka pracující v psychiatrické nemocnici zdůraznila, že je vždy důležité reagovat a odborníka zavolat, i kdyby to v tu chvíli mělo být zbytečné.

10.8.6 Spasitelské ambice

Ukázalo se, že senioři mnohdy postrádají pocit, že na tenhle svět ještě patří, že mají proč tu zůstat, pochybují o smyslu svého života, trápí se svými ztrátami, oplakávají své partnery, děti a vrstevníky, cítí se slabí a závislí na pomoci druhých a nevěří, že se to ještě může zlepšit. Veliké prázdno, které tito lidé mohou po ztrátě blízkých a nejbližších pociťovat, nelze jen tak zaplnit. Ambice, že každého od sebevražedných úvah odvrátíme, že ho rozveselíme a zachráníme, je ohrožující pro všechny zúčastněné. Pro suicidálního člověka je nebezpečná tím, že se s ním mineme a necháme ho v jeho temných myšlenkách samotného, pro pracovníky je ohrožením v tom, že něco takového dokázat nelze. Zklamání, že se to nedaří, je frustrující a může vyústit ve vztek na klienty i v syndrom vyhoření.

10.8.7 Podregistrace dat

Pro podezření, že vlastní rukou zemře mnohem více starších lidí než zachycuje statistika, mám pouze nepřímé důkazy. Mnohem více seniorů, než je jejich okolí schopné

vidět, se sebevražednými myšlenkami zabývá. Mnozí senioři volající na linky důvěry, mluví o záměru se zabít a zamést stopy.

Z participantů mého výzkumu pouze jedna žena naznačila, že by snad nikdo nepoznal, jak to bylo (P 10). Nikdo další nemluvil o potřebě svůj čin zamaskovat. Avšak napadalo mě, jak by asi byla chápána smrt muže, kdyby z balkónu přepadl, jak to plánoval (P 2), nebo smrt toho, kdo by skočil pod trambus na dálnici (P 20). Spíše si myslím, že by to bylo vyhodnoceno jako úraz, nešťastná náhoda, neopatrnost než jako sebevražda.

10.9 Reflexe zkušenosti výzkumníka

Mnoho let pracuji se sebevražednými lidmi. Kdysi jsem k nim přistupovala s velkými obavami, které souvisely jednak s mým tehdejším nedostatkem zkušeností, jednak s omnipotentní představou, že rozhodně musím toho člověka ze sebevražedného uvažování dostat, zachránit ho. Sebevražednost rozhodně nebyla problematika, s níž bych pracovala dobrovolně. Když jsem přicházela na svou první službu v Centru krizové intervence bezprostředně po jeho založení v květnu 1991, úpěnlivě jsem si přála, aby netelefonoval ani nepřišel žádný sebevrah. Necítila jsem se na takovou intervenci dostatečně pevná v kramflecích. Člověk však má být opatrný na to, co si přeje. První, kdo se ozval, byla sebevražedná žena. Telefonovala od rána do noci. První telefonát byl němý, po několika minutách s povzdechem zavěsila. V dalších kontaktech přibývaly povzdechy, vzlyky, vyjádření jako „stejně to nemá cenu“, „už nemůžu“, „radši to skončím“. Byla jsem tehdy velmi vděčná za intervizi, kterou mi v krátkosti poskytl zkušený a moudrý kolega, který se přišel na nově vzniklé pracoviště podívat. Rozhovor s onou ženou se podařilo otevřít až večer, poté se ještě několikrát ozvala. Za dobrý výsledek celodenního oťukávání jsem považovala její rozhodnutí na krizové centrum osobně přijít. Tehdy jsem se začala učit se sebevražedným člověkem být, což znamená prostě se nezaleknout, vydržet to, neutéct.

A samozřejmě přibývaly další případy, jimiž jsme se jako tým CKI společně zabývali. Probírali jsme je v rámci našich porad nebo rozhovorů u kávy, na kazuistických seminářích nebo supervizích. Dotýkali jsme se různých aspektů práce se sebevražednými jedinci. Často jsme naráželi na své osobní limity, vnitřní nesouhlas se suicidálním jednáním, nepříjemný pocit nebo vztek na někoho, kdo s námi nějakým způsobem manipuloval, obavy a úzkosti, které z práce s těmito lidmi vyplývaly. Hledali jsme vnitřní i vnější zdroje a opory pro optimální nastavení vůči sebevražedným klientům.

To, čemu nás práce se suicidálními lidmi naučila, byla potřeba a nutnost být s nimi, mluvit s nimi, zajímat se o ně a nevzdávat naději, že existuje jiné, méně definitivní řešení, něco jiného než sebevražda.

Po třech letech naší práce bohužel suicidoval náš primář, zakladatel tohoto centra a zároveň můj nejlepší kamarád. Zpočátku jsem myslela, že o sebevraždě už nikdy v životě nechci slyšet. Ale k mé práci samozřejmě patřila dál. Rok po oné události jsem z Centra krizové intervence odešla a nastoupila jsem do RIAPSu, kde mé zkušenosti se suicidálními lidmi byly obohaceny výjezdy do terénu, kam nás volali, když se k sebevraždě schylovalo, když někdo stál na římse, v okně, nebo na Nuselském mostě. Tuto službu dnes už zajišťuje integrovaný záchranný systém. Další suicidální lidé telefonovali nebo přicházeli s tím, že už nemůžou a že je jim zle. Velikou výhodou RIAPSu byl velký, velmi zralý a zkušený tým, který se pravidelně scházel k poradám o případech, kde všichni společně promýšleli, co je možné každému klientovi nabídnout, aby ze své krize co nejlépe vyšel. Kolegové mi byli cennou inspirací a mnozí z nich významnými učiteli.

V roce 1994 jsme zareagovali na potřebu terénu vzdělávat se v krizové intervenci. Při RIAPSu vznikla nejprve nadace, která byla později transformována na občanské sdružení, a ještě později v obecně prospěšnou společnost Remedium Praha, mimo jiné poskytující vzdělávání v oblasti krizové intervence. Jsou to kurzy telefonické, základní a pokračovací, případně komplexní krizové intervence. Frekventanty těchto kurzů bývají odborníci z pomáhajících profesí, psychologové, sociální pracovníci, adiktologové, pedagogové, duchovní, psychiatři, vojáci, policisti atd., ale také lidé, kteří jsou z jiných profesí a chtějí pomáhat např. na linkách důvěry. Když jsme připravovali první kurz, zeptala se mě jeho odborná garantka, které téma bych chtěla učit. Tehdy jsem řekla, že vlastně jakékoliv, jen bych nerada učila téma sebevraždy. Nějak se stalo, že si ve spoustě informací a úkolů, které v tu chvíli musela řešit, zapamatovala, že jsem mluvila o sebevraždě, a tak mě k ní napsala. Když jsem dostala program do ruky a zjistila jsem, že jsem uvedena jako lektor práce se sebevražedným klientem, chtěla jsem protestovat a požádat o změnu. Pak jsem se rozhodla vzít to jako výzvu, čemuž jsem nakonec ráda.

Čím víc se sebevraždou zabývám, čím víc o ní mluvím, tím méně mě děsí a tím lépe jsem pak připravena být k dispozici suicidálním lidem, abych jim poskytla oporu a uklidnění. Podobnou zkušenost potvrdila řada mých kolegů. Dovolila bych si citovat (ne v celé jeho jadrnosti) ocenění jedné ženy, která byla nějakou dobu sebevraždou ohrožená a která řekla: „nejvíc mi pomohlo, že vy se z ničeho nepo...“. Myslím, že vyjádřila první předpoklad práce se suicidálními lidmi: být s nimi a nebát se.

Toto téma mi tedy připadlo, ale vzala jsem ho za své. Tak se stává, že mi tu a tam zavolá nebo napíše někdo z kolegů, aby se mnou konzultoval suicidální případ, tu a tam na mě sebevražedného člověka někdo odkáže. S touto problematikou tak zůstávám v živém kontaktu, přestože už mnoho let nepracuji v krizovém centru. Ve své soukromé praxi poskytuji krizovou intervenci, psychoterapii a supervize, kde se s tématem sebevražednosti průběžně setkávám, a tím se mohu stále učit.

Musím zmínit i to, jak na mě působily rozhovory se sebevražednými seniory. Předpokládala jsem, že mě letité praktické zkušenosti dostatečně vytrénovaly, že dokážu zacházet s těžkými tématy a že se umím chránit. Zatím se mi to vždy více méně dařilo. Zatížení této výzkumné práce bylo však monotematické a dlouhotrvající. Ačkoli byl každý z respondentů jiný, každý byl zajímavý a všechny proběhlé rozhovory byly inspirující, tíha jejich smutků, osamělosti, beznaděje, nemoci a bezmoci i vědomí blížící se smrti a přemýšlení o sebevraždě byly pro mě hodně těžké.

Dostávala jsem hodně podpory v rodině i v práci, přesto si nedovedu představit, že bych procházela procesem tohoto výzkumu bez supervize a bez možnosti sdílet se spřízněnými kolegy vynořující se otázky. Nedoporučovala bych nikomu dalšímu, aby se této tematice věnoval sám. Pracovat ve dvojici by bylo mnohem bezpečnější.

Zaznamenala jsem zkušenost brazilských výzkumníků, kteří revidovali Shneidmanovu metodu psychologické autopsie (Cavalcante a kol. 2012). Rozhovory s rodinami a známými těch lidí, kteří suicidovali, dělali ve dvojicích. Vyhodnotili to jako velmi dobré rozhodnutí, v emočně náročných situacích si byli navzájem oporou a po dokončení rozhovoru mohli své prožitky sdílet.

11 DISKUZE

Ukázalo se, že sebevražedné myšlenky znají všichni dotázaní. Ne u všech však tyto myšlenky znamenaly touhu zemřít. Častěji má u nich sebevražda funkci nouzového východu. Kdyby bylo nejhůř, dalo by se odejít. Tito respondenti vyjadřují své suicidální myšlenky jako letmé, pouhé pomyšlení, ke kterému se nepotřebují vracet ani upínat, ale uklidňuje je, že mají tuto možnost.

Někteří participantů výzkumu hovořili o tom, že se k tématu sebevraždy opakovaně vracejí a že v jejich životě nastávají situace, v nichž se jim tato možnost jeví jako dobrá cesta.

U dalších dotazovaných šlo o suicidální tendence. Jejich suicidální fantazie byly naléhavější a vtáhly je do konkrétního přemýšlení, jak život ukončit. O tento krok bylo dál pět z našich respondentů. Tři z nich měli připravené medikamenty, které by si vzali, kdyby usoudili, že nastala ta chvíle. Jeden z nich se chystal skočit z balkónu. Jenom se překloupit, jak říkal. A jeden přemýšlel, že skočí pod trambus na dálnici.

Sedm respondentů mělo za sebou suicidální pokus. Dvě ženy opakovaně. U nich byly způsoby různé. Jedna se pokusila o strangulaci, poté měla několik pokusů medikamenty a poslední případ byla kombinace léků a alkoholu. Druhá se opakovaně pokoušela zemřít s pomocí medikamentů, posledním pokusem byla také kombinace alkoholu a léků, a protože se „nic nedělo“, pořezala se pilkou na obou rukou, na levé ruce se pořezala až na kost, způsobila si vážné zranění s trvalými následky.

Dalších pět respondentů má za sebou jeden pokus s pomocí medikamentů, v jednom případě to bylo ještě posíleno alkoholem. Dva z nich tento pokus označují za nepochopitelný zkrat. Jedna žena to považuje za něco, co je za ní, čím už nemá důvod se zabývat. Pominula situace, která ji trápila. Ve dvou případech nelze přehlédnout zklamání, že pokus nevyšel. Oba zároveň říkají, že podruhé už nebudou mít k sebevražednému kroku odvalu.

Téměř u všech participantů našeho výzkumu souvisí sebevražedné myšlení s jejich životní etapou a s ní související situací. Pouze dvě respondentky sdělily, že na sebevraždu začaly myslet před lety a od té doby tuto myšlenku už nikdy úplně neopustily.

Někteří dotazovaní byli v otázce sebevražedných úvah překvapivě věcní a samozřejmí. Většina jich však měla zábrany sebevražedně jednat. Nejsilnější zábrany projevovali věřící respondenti, a to katolického i evangelického vyznání. V tomto výzkumném souboru se však žádný rozdíl mezi katolíky a protestanty neukázal, ani se to nedalo očekávat. Ale i lidé bez vyznání říkali, že sebevražda není správná, i když pro ně byla lákavá.

Řada dotazovaných postrádá možnost s někým o svých úvahách mluvit, hůře jsou na tom samostatně žijící senioři. Nemohu posoudit, zda v tom hrají větší roli jejich rozpaky a stud, nebo zkušenost, že byli nějakým způsobem umlčeni. Respondenti, kteří byli v psychiatrické péči dostávali k tomuto sdílení dobrý prostor. V některých rezidenčních zařízeních měli možnost mluvit s faráři, kteří v domovech sloužili mše a věnovali se pastorači. Byli povzbuzováni k trpělivosti, víře a modlitbám, ale především byli vyslechnuti a se svými úvahami přijati. Někdy to byla sociální pracovnice, která umožnila klientovi o sebevražedných myšlenkách mluvit.

Tímto výzkumem se znovu potvrdilo, jak je pro lidi sebevražedně uvažující důležité mít možnost sdílení. Respondenti říkali, že se jim během rozhovoru ulevilo, a to nešlo o rozhovor terapeutický. Možnost mluvit o sebevražedných myšlenkách a vyjadřovat související emoce člověka uklidňuje a stabilizuje.

Mým záměrem bylo podívat se na možnosti práce se sebevražednými seniory prizmatem PBSP potřeb. Dospěla jsme k tomu, že každou potřebu suicidálního seniora tímto systémem potřeb můžeme zachytit a jejím prostřednictvím lépe pochopit, o co jde. Navíc rozpoznáním potřeby získáváme návod, kterým směřem v práci s dotyčným jedincem pokračovat.

Ukázalo se, že u suicidálních seniorů je v největším deficitu jednoznačně potřeba místa. Jako další důležitá se ukázala potřeba limitů. Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že řada oslovených zažívá pocit, že už do tohoto světa nepatří a že už ničemu nerozumí. Těmto lidem v současnosti nejvíce schází blízkost, cítí se osamělí. Někteří nemají vůbec nikoho, někteří pocítují stesk a velkou prázdnotu po smrti manžela či manželky, někdo navíc intenzivně prožívá smrt dětí, případně zklamání a opuštění dospělým dítětem. Místo v životě někteří mají spojené se ztrátou rolí, třeba pracovní pozice, nebo pozice důležitého člověka v rodině, který se může rozhodovat a starat se o sebe i o druhé. Mnozí z nich postrádají naději a smysl života, který se jim vytratil, ať už smrtí blízkých, ztrátou domova (místo), nebo jsou unaveni a nevidí smysl svého dalšího života (limity). Člověk nemá sílu něco dělat, je slabý, připadá si na světě zbytečný. Prožitek marnosti života, jak se to u respondentů ukázalo, bývá hodně spojen se ztrátou toho nejbližšího, nejdůležitějšího člověka. Prázdnost, které vznikne ztrátou blízkého partnerského vztahu, kde ti dva o sobě navzájem vědí velmi mnoho a velmi detailně, nemůže vyplnit nikdo další. Stesky typu „nemám pro koho žít“ a „už mě to nebaví“ můžeme také chápat jako „nemá to smysl“.

Ztráta radosti a naděje často se ztrátou smyslu souvisí. Beznaděj jako úplná absence pozitivního vnímání budoucnosti je další destruktivní silou, která uzavírá možnosti dalšího života a někdy se prohlubuje do té míry, že ji člověk nemůže dál unést a jedná sebevražedně.

Je pravděpodobné, že beznaděj může stát za takovými úmrtími, která bychom pod pojem sebevražda zahrnout mohli jen stěží. Není to vůle ukončit vlastní život, ale ztráta vůle k životu. Člověk to vzdá. Obrazně řečeno, vypne své pojistky. Jaký podíl má v takových případech vědomé rozhodnutí a nevědomá touha zemřít, mít to za sebou, můžeme pouze spekulovat.

Někdo by se potřeboval zbavit bolesti, zejména psychické, pocitu, že je na obtíž, jiný by si rád popovídal a nemá s kým. Někteří postrádají zdraví, zvláště u těch, kteří trpí velkou depresí, je to zřetelné.

Ukázalo se, že každou potřebu suicidálního seniora můžeme tímto systémem potřeb zachytit. Identifikace každé z PBSP potřeb poskytuje návod, na co se zaměřit, o co se postarat.

Každému člověku pomůže, když mu někdo s opravdovým zájmem naslouchá, oceňuje ho a podporuje, a navíc sytí právě to, co po dosycení volá. Rozhovor sám o sobě, i když je výzkumný, sytí potřebu výživy. Je to přinejmenším sycení zájmem. Je to i místo pro úvahy, emoce a vzpomínky, podpora síly, bezpečí pro všechna témata, dává limity těžkým prožitkům. Pozorování rozhovorů potvrdila, že se lidé po rozhovoru cítí lépe. Na základě proběhlého výzkumu nemohu tvrdit, že se sycením PBSP potřeb daří zmírnit nebo zastavit sebevražedné úvahy, s odvoláním na svou praxi a zkušenosti svých kolegů bych se klonila k tomu, že to tak je. Samozřejmě se to nepodaří vždy, tato metoda není jako žádná jiná zázračná. Záleží na stavu suicidálního seniora, na přítomnosti rizikových faktorů, na jejich provázanosti, na situaci, na jeho podpůrné síti atd.

Vliv sycení deficitních potřeb suicidálních seniorů na zmírnění či zastavení sebevražedných úvah by jistě stál za samostatný výzkum.

Velmi častou bolestí starších lidí je osamělost, která vzniká ovdověním, ztrátou vrstevníků, ale také zhoršenou pohyblivostí, nebo únavou a sníženou chutí do kontaktů vstupovat. Když zemřou všichni vrstevníci (partneři, sourozenci, spolužáci nebo přátelé) nemají s kým sdílet nejen vzpomínky, ale mnohdy ani starosti a pocity, které někdy v seniorech vyvolávají dojem, že jsou z jiné planety, že tohle už není jejich svět.

Smrt dětí tyto lidé označují za nejhorší, co je v životě potkalo. Říkávají, že není nic horšího než se dívat do hrobu vlastnímu dítěti. V našem výzkumném souboru je překvapivě mnoho respondentů, kteří ztratili své děti, někteří i více, dvěma z nich zemřel i vnuk. Dvě

ženy pochovaly své děti v dětském věku (2 dny až 14 let, každá z nich dvě, jedné z nich později ještě zemřel dospělý syn). Dalším pěti participantům zemřelo dítě ve věku mladé dospělosti. Celkem 13 potomků zemřelo těmto 25 respondentům.

Dívali jsme se i na předčasnou smrt rodičů. Jednomu respondentovi zemřela v sedmi letech maminka, dalšímu zemřel otec, když mu byly 3 roky, další respondent přišel o otce ve věku 7 let. Z tohoto zjištění si nedovolíme nic vyvozovat.

Co se týče nemocí a bolesti, v našem výzkumu se neukázaly jako rozhodující faktory pro sebevražedné myšlení a jednání seniorů. Staří lidé mají překvapivou kapacitu zvládat fyzické potíže, nemoci i bolesti, pokud je jejich míra únosná. Pouze ve dvou případech se vyskytlo suicidální jednání v souvislosti s fyzickou bolestí, jeden z těchto dvou dokonce jednal kvůli bolesti manželky. Nicméně nemoc a bolest hrají v suicidalitě svou roli (Juurlink 2004).

Jako onemocnění, které má u seniorů velkou váhu při rozhodování k sebevražednému kroku, jsme v souladu se zjištěními řady autorů (Češková 2007, Draper 1996, Granello a Granello 2007, Holmerová, Vaňková, Dragomirecká a kol. 2006, Turvey a kol. 2002). identifikovali depresi. Deprese zkresluje vnímání reality a vytváří dojem, že nic už nebude lepší a že to ani za to nestojí. Jak je uvedeno výše, problém depresí ve vyšším věku spočívá v tom, že mnohdy nejsou rozpoznány a léčeny, jejich projevy jsou chybně připisovány stáří.

Od řady respondentů jsme slyšeli o bolesti, která je neúnosná, o bolesti psychické. Někdy je součástí obrazu deprese, ale zažívají ji i lidé, u nichž deprese diagnostikovaná není. Je to psychické utrpení spojené s osamělostí, úzkostí a strachem z budoucnosti, ze stárnutí a z umírání. Popisují ji jako nesnesitelnou silnou bolest na prsou nebo na srdci. O tomto typu bolesti píše Shneidman (1987, 1993, 2001) a Baumaister (2001), kteří na ní založili své psychologické teorie sebevražednosti.

Únava je rovněž často zmiňovaná jako důvod k úvahám, jestli má člověk ještě sílu, ale také chuť žít. Všechno, co člověk mohl a měl udělat, už se stalo. Už nemůže. Únava je přece signálem k odpočinku. Nabízí se otázka vítězné medicíny, která se někdy pokouší léčit smrt. V naší společnosti jsou stále velké rezervy v respektu k možnosti starého člověka rozhodnout, že si další léčbu nepřeje. Že není povinen mít zapnutý kardiostimulátor, že nemusí užívat léky podporující činnost všemožných systémů v těle. Že má nárok ve svém čase v umřít.

V mém výzkumném vzorku se toto téma objevilo zcela okrajově. O finančních problémech mluvily dvě respondentky, jednou z nich je žena bez domova, druhou do dluhové situace dostal syn, za dva roky všechno splatila a je bez dluhů. Všichni ostatní respondenti

jsou v oblasti materiálního zajištění spokojeni, nemají nedostatek. Podle mého názoru je to mnohdy dáno jejich nenáročností.

To, že tento často zmiňovaný rizikový faktor v tomto výzkumu vyšel nevýznamně, je patrně dáno skladbou výzkumného souboru. Některé výsledky vznikly náhodně (po sebevražděném pokusu na psychiatrii jsem mohla v jinou dobu potkat jiné lidi, kteří mohli sebevražděně jednat třeba ze zoufalství dluhové pasti), navštívená rezidenční zařízení by si také nemohl každý senior dovolit a lidé, žijící ve vlastních domácnostech, kteří byli jako respondenti osloveni, nebyli průměrní.

Jsem si vědoma, že tento výsledek neodpovídá skutečné materiální situaci seniorů. Na řadu důchodů je uvalena exekuce, exekučních srážek z důchodů podle ČSÚ každoročně přibývá. Mnoho seniorů, zejména těch, kteří žijí sami, trpí nedostatkem, chudobou jsou ohroženy více ženy. Náklady na bydlení narůstají a mnozí senioři vydávají nemalé částky za léky, lékařské ošetření, za pobyty v nemocnici i za sociální služby. Nepochybuji o tom, že finanční a materiální situace seniorů je horší, než se v tomto výzkumu ukázalo.

Tyto krize, které zažili respondenti většinou dávno, v dětství, se v náročných situacích vynořují a zpřítomňují pochybnosti o vlastní hodnotě, strach, smutek a další emoce, které nebyly ve svém čase adekvátně zpracovány. To, co bylo identifikováno u našich respondentů v souvislosti s dětstvím, byly zkušenosti týrání, sexuálního zneužívání, předčasná smrt rodičů, nepřijetí matkou, smrt sourozenců, bída a hlad, válka a traumata s ní spojená. Další životní etapy zahrnují totální nasazení za války, smrt dětí, vnuků, partnerů, domácí násilí, ztráta hybnosti či soběstačnosti. Některé z těchto krizí jsou aktuální a stávají se spouštěčem sebevražděných úvah.

Dalším faktorem rizikovým pro suicidalitu jsou rodinné konflikty. Téměř všichni respondenti jsou spokojeni se vztahy se svými rodinami. Pouze tři respondentky si stěžovaly na chování svých dětí. Ve dvou případech se objevilo domácí násilí, v obou případech šlo o psychické násilí ze strany syna. Je to však choulostivé téma a není obvyklé o něm mluvit na prvním setkání. Není vyloučené, že při dalších rozhovorech by se ukázaly další těžkosti v rodinách.

Stesky na nezájem širší rodiny nebo na podivné chování sourozence se mezi respondenty vyskytly, ale podle mého pohledu nevyvolávaly tak intenzivní emoce jako partnerský konflikt nebo neshody s vlastním dítětem, případně s jeho rodinou.

Závislosti jako rizikový faktor se v tomto výzkumu objevily. Pět respondentů mělo problém s alkoholem, v jednom případě šlo o kombinaci alkoholové a lékové závislosti.

Respondentů s tímto problémem mohlo být i více, ne každý musel uznat za vhodné o nějakém problému s alkoholem nebo léky mluvit, a ne každý je schopen náhledu, co už problémem je.

Jako ochranné faktory se ukázaly dobré vztahy s rodinou, dobrá fyzická kondice, víra, zájmy a spokojenost.

Zvolená metodologie se v průběhu výzkumné práce ukázala jako relevantní a umožnila mi plně zrealizovat výzkumný záměr v zamýšlené kvalitě. Za jeden z limitujících faktorů bývá u IPA považován narativní charakter sběru dat. Vzhledem ke specifickým cílové skupiny a uvedeným výzkumným otázkám se však právě prostor pro autentické sdílení životního příběhu ze strany respondenta a respekt výzkumníka k jeho individuálnímu potenciálu jevil z hlediska kvality získaných dat jako zcela zásadní.

Systém potřeb podle PBSP je velmi dobře použitelný. Je to dobrá cesta k pochopení klienta. Zažila jsem zajímavé situace, kdy účastníci supervize rozpoznali v problematickém chování klienta deficit některé potřeby a mohli začít konkrétně promýšlet, jak se o dosycení této potřeby postarat. Obvykle to přineslo vlnu nové energie. Rozpoznání potřeby zahrnuje i určitý nadhled, vědomí, že projevy klienta nejsou schválnosti, že se mu děje něco, s čím je možné pracovat. Důležitá je také jednoduchost tohoto systému potřeb, který je využitelný i pro lidi bez psychologického vzdělání.

Ten, kdo první, anebo nejčastěji slyší sebevražedné proklamace klientů, nebývá psycholog, psychiatr, lékař. Jsou to pracovníci v sociálních službách, pečovatelky nebo zdravotní sestry, kdo potřebují dostat do ruky dobrý nástroj první pomoci.

12 ZÁVĚR

Výstupy této výzkumné studie prokázaly, že sebevraždnost seniorů je podceňované téma a že je důležité nejen na tuto problematiku upozorňovat, ale také učit pracovníky, postrádající znalosti a dovednosti, jak reagovat a koho na situaci upozornit. Ráda bych podpořila poskytovatele sociálních služeb, aby do svých standardů zapsali postup, co dělat v případě, kdy jejich uživatel mluví o sebevraždě, aby se o tento postup mohli všichni pracovníci opřít. Dalším krokem, který připravuji, bude vytvoření manuálu pro pracovníky v přímé péči, jak reagovat, co říkat a co neříkat v případě sebevražedných proklamací. Mnozí pracovníci si posteskli, že postrádají konkrétní praktický nástroj, který by jim umožnil cítit se v tématu sebevraždy seniorů bezpečněji, tedy o „něco do ruky“.

Cíle této práce bylo dle mého mínění dosaženo. Podařilo se mi přiblížit se pochopení suicidálních úvah seniorů, zabývala jsem se jejich potřebami podle PBSP, snažila jsem se zjistit, jestli je možné prací s těmito potřebami lépe situaci sebevražedného seniora pochopit. Výzkumné otázky považuji za zodpovězené. Výsledky tohoto výzkumu jsou nepochybně ovlivněny výběrem respondentů.

Při svých návštěvách psychiatrických zařízení jsem hovořila s lidmi, kteří v tu chvíli byli hospitalizováni. Od kolegů jsem vyslechla zajímavé kazuistiky, bohužel s lidmi, kterých se týkaly, už nebylo možné uskutečnit rozhovor, protože už byli propuštěni domů. Můžu tedy vycházet pouze a jedině z výpovědí těch deseti respondentů, k nimž jsem se dostala a kteří sytili obsah tohoto výzkumu.

U rezidenčních zařízení pro seniory je zkreslení oproti běžné situaci ještě více posunuté. Nejenže jsem mluvila právě s těmi, kteří vysílali signály, že o sebevraždě přemýšlejí, a kteří byli schopni a ochotni k rozhovoru, ale už samotný výběr domovů mnohé ovlivnil.

Domovy, kam jsem mohla přijít, byly mimořádné. Jejich vedení se nezaleklo, že jim někdo uvidí pod pokličku, a umožnilo tento výzkum. Navíc tyto domovy byly na vysoké úrovni po všech stránkách, které bylo možné zahlédnout. Personál se o obyvatele těchto domovů skutečně zajímal, sociální pracovnice, s nimiž jsem mluvila, detailně své klienty znaly a referovaly o nich s velkým respektem. Viděla jsme prostorné čisté a světlé jednolůžkové pokoje s příslušenstvím, kde měl každý obyvatel své osobní věci – obrázky, knihy atd. V každém z těchto domovů jsem strávila mnoho hodin, pouze ve dvou zařízeních proběhl více než hodinový rozhovor s respondentem a zhruba další hodinu jsem mluvila s personálem.

Velmi bych přála všem potřebným seniorům, aby mohli žít v takto důstojných a příjemných podmínkách. Všichni dotazovaní si pochvalovali, jak je o ně dobře postaráno.

Samostatně žijící respondenti, s nimiž jsem vedla rozhovory, byli všichni soběstační, inteligentní a všichni žili v dobrých podmínkách, což rovněž může naše výsledky zkreslovat.

Za škodu považuji, že se nepodařilo získat probandy z jiných zdravotnických zařízení než z psychiatrických. Předpokládám, že by se objevily další zdroje pocitů bezmoci, vedoucí k suicidálním úvahám. Někteří respondenti s hrůzou vzpomínali na své pobyty zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, jeden doslova řekl, že dostat se tam ještě jednou, byla by to jeho smrt.

Bylo by zajímavé oslovit občanské poradny, kam často přicházejí lidé vyššího věku, kteří řeší dluhy a exekuce. Předpokládám, že v této skupině by se objevily další podoby potřeby ochrany a jejího deficitu, zejména v definici vnějších hranic, v ochraně před manipulací a v symbolické ochraně legislativy. Bylo by však nutné pečlivě promyslet etickou stránku věci, jak člověka, který je ve vážných existenčních problémech, požádat o participaci na výzkumu.

Zřejmě by také stálo za to dostat se k uživatelům terénních sociálních služeb a ptát se na jejich potřeby. Z toho, co vím ze supervizí pracovníků těchto služeb, jsou starosti jejich uživatelů do značné míry podobné těm v seniorských domovech.

V případných navazujících výzkumných projektech by bylo zajímavé zjistit např. to, jestli konkrétní práce s PBSP potřebami může skutečně zmírnit nebo zastavit sebevražedné myšlení seniorů.

13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ Bohumila, MACH, Jan a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.

BAUDIŠ, Pavel. Praktický lékař a sebevražda – rozpoznání rizika, prevence. *Ami Report*. 1998, **6**(28), 40-41. ISSN 1211-3530.

BAUMEISTER, Roy F. Suicide as escape from self. *Psychol. Rev.* 1990, **97**(1), 90-113. ISSN 0033-295X.

BECK, Aaron T. Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In: Paul SALKOVKIS, ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996, pp. 1—25. ISBN-13: 978-1572301139.

BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.

BROWN, Tom M., PULLEN, Ian M. a SCOTT, Allen I.F. *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. ISBN 80-86123-07-3.

CAVALCANTE, Fátima G., SOUZA MINAYO, Maria C.de, MENEGHEL, Stella N. et GONZALVES CAVALCANTE, Fátima. Psychological and Psychosocial Autopsy on Suicide among the Elderly: a methodological approach. *Ciênc. saúde coletiva* (Rio de Janeiro). 2012, **17**(8), 2039-2052. ISSN 1413-8123.

CRANDELL, John S. a. PESSO, Albert. *Moving psychotherapy: theory and application of Pesso system/psychomotor therapy*. Cambridge (Mass.): Brookline Books, 1991. ISBN 978-0914797722.

ČEŠKOVÁ, Eva. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue*. 2007, **5**(4), 228-233. ISSN 1214-0732.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické. *Ami Report*. 1998, **6**(28). ISSN 1211-3530.

DRAPER, Brian M. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014, **79**(2), 179-183. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.04.003.

- DURKHEIM, Emile. *Suicide, A study in Sociology*. Illinois: Free Press, 1951.
- FADE, Stephanie. Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proc Nutr Soc*. 2004, **63**(4), 647-653. ISSN 0029-6651 (Print), 1475-2919 (Electronic).
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
- FRANKEL, Bernard a KRANZOVÁ Rachel. *O sebevraždách*. Praha: Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-234-0.
- FREUD, Sigmund. *Úvod do psychoanalýzy*. Praha: Julius Albert, 1945.
- GIDDENS, Anthony. *Sociologie (Sociology)*. Přeložil Jan JAŘAB. Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.
- GRANELLO, Darcy Haag a. GRANELLO, Paul F. *Suicide: an Essential Guide for Helping Professionals and Educators*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon, 2007. ISBN 0-205-38673-3.
- HABER, David. *Health Promotion and Aging: Practical Applications for Health Professionals*. 5th ed. New York: Springer, 2010. ISBN-10: 9780826105981.
- HARWOOD, D. M., HAWTON, K., HOPE, T., HARRISS, L. a. JACOBY, R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: A descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*. 2006, **36**(9), 1265–1274. ISSN 0033-2917 (Print).
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří. 2.*, podstatně přeprac. a dopl.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAVRÁNKOVÁ, Olga. Práce se sebevražednými signály. In: KNOPPOVÁ, Daniela a kol. *Telefonická krizová intervence: linka důvěry*. Praha: Remedium, 1997. ISBN 80-83385-60-00.
- HAVRÁNKOVÁ, Olga. Sebevražedná tematika. In: VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*, s. 292–305. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

HAVRÁNKOVÁ, Olga, ŠUSTEROVÁ, Marie. Krizová intervence u seniorů. In: VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*, s. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

HEISEL, Martin J. Suicide and Its Prevention Among Older Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006. **51**(3), 143-154. ISSN 0706-7437.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, JANEČKOVÁ Hana a VELETA, Petr. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, **7**(4), 182-184. ISSN 1213-0508 (tisk).

JOINER Thomas. *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press, 2007. ISBN 9780674025493.

JUURLINK, David N., HERRMANN a. John P. SZALAI. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Archives of Internal Medicine*. 2004, **164**(11), 1179-1184. ISSN 0003-9926.

KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 37. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, SUCHARDA, Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KARP, Jordan F., WEINER Debra, SELIGMAN, Karen, BUTTERS, Meryl et al. Body Pain and Treatment Response in Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005, **13**(3), 188-94. 2005. ISSN 1545-7214.

KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.

KELLER Helen. *The story of my life*. New York: Bantam Doubleday Dell, 1905.

KNOPPOVÁ, Daniela. *Telefonická krizová intervence: linka důvěry*. Praha: Remedium, 1997. ISBN 80-83385-60-00.

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

LEO, Diego de a. MARIETTA, P. Suicide: Determinism or Freedom? *Dolentium Hominum* (Vatican). 1997, **34**(1), 148-54. ISSN 1022-8659.

LEO, Diego de a. POSTUVAN, Vita, eds. *Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice*. Boston: Hogrefe, 2017. ISBN-13: 9780889374546.

LI L.W. a. CONWELL, Y. Pain and Self-injury Ideation in Elderly Men and Women.

J Amer Geriatric Soc. 2010, **58**(11), 2160-2165. ISSN 0002-8614 (Print), 1532-5415 (electronic).

LINEHAN, M.M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993. ISBN 9780898621839.

MÄKINEN, Ilkka H. Social theories of suicide. In: WASSERMAN, Danuta a. WASSERMAN, Camila, eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2009. ISBN 9780198198570059.

MASARYK, Tomáš G. Sebevražda. Ústav T. G. Masaryka, 1998. ISBN: 80-901971-4-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-2471-362-4.

MURRAY, H.A. *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press, 1938.

OSGOOD, N. Ageism and elderly suicide: the intimate connection. In: Adrian TOMER, ed. *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 2000, pp. 157–73. ISBN 0-87630-988-0.

PEDROSA Bárbara, DUQUE Ricardo et Rui MARTINS. *PsiLogos*. 2017, **14**(1), pp. 50-56. ISSN 1646-091X.

PESSO, Albert, Diane BOYDEN-PESSO a Petra VRTBOVSKÁ. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Praha: SCAN, 2009. ISBN 80-86620-15-2.

SMITH, Jonathan, FLOWERS, Paul a. LARKIN, Michael. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

SMITH, Jonathan, A., ed. *Quantitative psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage, 2003, s. 53-80. ISBN 978-14129-30840.

REID, K. Exploring Lived Experience. *The Psychologist* (London). 2005, **18**(1), pp. 20-23. ISSN 0952-8229.

RUDD M.David. Fluid Vulnerability Theory: a Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In: Thomas E. ELLIS, ed. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington: American Psychological Association, 2006, pp. 355—368. ISBN 978-1591473572.

RUDD, M. David, TROTTER, David R.M. a. WILLIAMS, Ben. *Psychological Theories of Suicidal Behavior*. In: WASSERMAN, D. a. WASSERMAN, C., eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN ISBN 987019857005-9.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.

ŘIHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK Ivo, HYTYCH, Roman a kol. *Kvalitativní analýza textu: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SHNEIDMAN, Edwin S. *Definitions of Suicide*. Paperback. Landham (Maryland): Rowman a. Littlefield, 1977.

SHNEIDMAN, Edwin S. *Comprehending Suicide*. Washington: American Psychological Association, 2001. ISBN-13: 978-1557987433.

SHNEIDMAN, Edwin S., ed. *The Suicidal mind*. New York: Oxford University Press. 1998. ISBN - 13 978-0-19-511801-8.

SHNEIDMAN, Edwin S. At the Point of No Return. *Psychology Today*. 1987, **21**(3), 55-58. ISSN 0033-3107.

SMITH, Jonathan A. a. OSBORN, M. Interpretative fenomenological Analysis. In: SMITH, Jonathan, A., ed. *Quantitative psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage, 2003, s. 53-80. ISBN 978-14129-30840.

SMITH, J. A., FLOWERS, P. a. LARKIN, M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9.

TURVEY, Carolyn L., CONWELL, Yeates, JONES, Michael P., PHILLIPS, Caroline, SIMONSICK, Eleanor, PEARSON, Jane L. a. WALLACE, Robert. Risk Factors for Late-Life Suicide: A Prospective, Community-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002, **10**(4), 398-406. ISSN 1545-7214.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přepr.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 2: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Brno: T. Janeček, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.

WAERN Margda, RUBENOWITZ, E., RUNESON, B., SKOOG, I., WILMHELMSON, K. a. ALLEBECK. P. Burden of Illness and Suicide in Elderly People: Case-Control Study. *BMJ*. 2002, **324**(8), p.1355. ISSN 0959-8138 (Print).

WASSERMAN, Danuta a. WASSERMAN, Camilla, eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press 2009. ISBN 9780198570059.

WENZEL Amy, BROWN, Gregory K. a. BECK Aaron T. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*. Washington: American Psychological Association, 2008. ISBN 978-1433804076.

WILLIAMS, J.M.G., BARNHOFFER, T., CRANE C. et al. The Role of Overgeneral Memory in Suicidality. In: Thomas E. ELLIS, ed. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. 2006, pp. 173—192. Washington: American Psychological Association, 2006. ISBN-13: 978-1591473572.

WILLIG, Carla. *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in the Theory and Methods*. Maidenhead: Open University Press, 2001. ISBN 978-0335221158.

Internetové zdroje

BIERNÁTOVÁ, Olga a Jan SKUPA. *Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 01 97) platné od 1.dubna 2011*. Brno, 2011 [online]. Dostupné z: <http://www.citace.com/CSN-ISO-690.pdf>

BRATKOVÁ, Eva. *Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690 -2: metodický materiál pro autory*

vysokoškolských kvalifikačních prací. Verze 2.0, aktualiz. a rozš.[online]. Informační materiál Masarykovy Univerzity. Praha, 2008. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/912943>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři v ČR. Zdravotní stav seniorů: Počet sebevražd v průběhu let 1993 až 2013. *Český statistický úřad* [online]. ©2014 [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents https://10180/25627994/310035143z.pdf/2e6f6f7e-348843f0-bcb1-af8a15439ee6?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/https://10180/25627994/310035143z.pdf/2e6f6f7e-348843f0-bcb1-af8a15439ee6?version=1.0)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2015. Sebevraždy. *Český statistický úřad* [online]. ©2015 [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
<http://www.bbk.ac.uk/psychology/our-staff/jonathan-a-smith-areas-of-research-interest>

AWATA, Shuichi, SEKA, Toru, KOIZUMI, Yayoi, SATO, Soichiri et al. Factors Associated with Suicidal Ideation in an Elderly Urban Japanese Population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005, **59**(3), 327-336 [online] [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1819.2005.01378.x>

HUČÍN, J. [Http://jakub.hucin.cz](http://jakub.hucin.cz) [online]. Být, či nebýt sám? 2005 [cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://jakub.hucin.cz/samota.html>.

MONETTE Michael. Senior Suicide: The Tricky Task of Treatment. *CMAJ*. **November 2012**, 184(17), E887-E888 [online] [cit.2017-19-28]. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4288>

TYLOVÁ, Václava, KUŽELOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2014 [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=959>.

Závěrečné práce

BOZDĚCHOVÁ, Aneta. Ageismus a sebevražednost ve vyšším věku. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Lucie Vidovičová, PhD.

KOŠNAROVÁ, Kateřina. *Potřeby stárnoucích osamělých žen*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková.

PUCHÁLKOVÁ, Michala. *Sebevražednost seniorů z pohledu pomáhajících pracovníků – okres Karlovy Vary*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková.

MALIŇÁKOVÁ, Barbora. Sebevražedné tendence seniorů v telefonické krizové intervenci. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková.

MAŠTÁLKOVÁ, Denisa. Sebevražednost seniorů v rezidenčních zařízeních. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková.

SEZNAM PŘÍLOH

- příloha 1 - Psychologické teorie sebevražedného chování
- příloha 2 - Struktura rozhovoru se sklíčeným seniorem
- příloha 3 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu potřeb seniorů

PŘÍLOHA 1

PSYCHOLOGICKÉ TEORIE SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Při psaní této kapitoly jsem se inspirovala brilantní kapitolou Oxfordské učebnice sebevraždy a prevence sebevražd od Rudda, Trottera and Williamse (in Wasserman and Wasserman 2009), kteří nabídli nejdůležitější teorie sebevraždy.

Durkheimova teorie

Autorem jedné z nejranějších a nejvlivnějších teorií sebevraždy je francouzský sociolog Emil Durkheim, který publikoval v roce 1897 knihu Sebevražda. Je to sice sociologická studie, ale významně ovlivnila následující psychologické teorie, které zahrnují sociální faktory. Jsou to zejména dostupnost a dosažitelnost podpory, ale také rané vazby a intimní vztahy a jejich dopad na sebeobraz jedince a jeho cit pro účinnost. Durkheim se nezaměřoval na osobní zkušenost a utrpení z intrapsychického hlediska, avšak nabídl vysvětlení kontextuálních a sociálních faktorů, které umožní přesné porozumění sebevraždy v jednotlivých případech (Mäkinen in Wasserman and Wasserman 2009).

Durkheim vyslovil názor, že existují dvě síly, sociální a morální integrace, které by mohly mít za následek sebevraždu.

Omezení sociální integrace, při níž člověk postrádá spojení se společností, může vyústit v egoistickou sebevraždu. Takové spojení přesahuje self a je zásadní pro zdravé fungování jedince. Naopak přemíra sociální integrace, při níž má člověk tendenci se obětovat pro společnost, může vyústit v sebevraždu altruistickou.

Morální regulace je v Durkheimově pojetí míra, v níž společnost ovlivňuje přesvědčení a chování jedinců prostřednictvím společenských norem a právního řádu. Je-li morální regulace příliš malá (ekonomická nerovnováha a neuspokojení základních životních potřeb), může vést k anomické sebevraždě. Naopak, příliš silná morální integrace může vést k fatální sebevraždě, u klasických příkladů uvedených Durkheimem zažili sebevrazi tohoto typu ponížení od společnosti. (Giddens, 2013).

Další významnou sociologickou studií je dílo T. G. Masaryka Sebevražda a význam civilizace (1881), v níž autor polemizoval, že nárůst sebevraždy je produktem šíření civilizace, zejména vzhledem k rostoucí sekularizaci. Sebevraždu považoval za důsledek pokroku, vzdělání a civilizace.

Baumeisterova teorie úniku

Podle Baumeistera (1990) je sebevražda vedena snahou uniknout intenzivní, nesnesitelné psychologické bolesti. Jeho teorie je sekvenční, založená na řadě kroků vedoucích k případnému vzniku suicidality.

Na začátku suicidálního vývoje stojí zážitek výrazných negativních rozporů mezi osobními očekáváními a skutečností, v nichž nastávají časté deformace. Frustraci cílů člověk vnímá jako své osobní selhání. Následně zažívá hluboké pocity viny, rozpory nebo selhání považuje za výsledek svých charakteristik, vlastností, nebo schopností. To vede k bolestnému, negativnímu a zahlcujícímu efektu, který je blízký Shneidmanovu pojmu „psychache“.

Člověka pak k úniku nutí vnitřní negativní puzení (afekt), kognitivní narušení. Zároveň je patrný nedostatek dovedností, které by umožnily adekvátní řešení problému a regulaci vznikajícího afektu.

Následkem kognitivního narušení je zhoršené sebeovládání, vysvětlující mnohé rizikové suicidální faktory – zneužívání návykových látek, sebepoškozování, a potenciálně život ohrožující chování.

Podle Baumeisterovy teorie je kognitivní narušení, vedené konstruktivním myšlením (podobně jako u jednoho ze Shneidmanových společných prvků sebevraždy), důvodem eskalujícího rizika sebevraždy (Rudd, Trotter, Williams in Wasserman and Wasserman 2009)

Jedinečnost Baumeisterovy teorie spočívá v tom, že jako společný prvek a charakteristiku suicidálního stavu, označuje snížení inhibice chování. To pomáhá vysvětlit, jak člověk přemůže vlastní pud sebezáchovy, aby uskutečnil sebevražedný krok.

Shneidmanova teorie psychache

Shneidman předložil hypotézu, že sebevražda je téměř v každém případě způsobena bolestí, určitým typem bolesti, kterou nazval psychache (1987, 1998, 2001). Psychache definoval jako generalizovanou psychickou nebo emoční bolest, dosahující neúnosné intenzity. Shneidman byl přesvědčen, že k sebevraždě dojde, když je psychache nesnesitelná.

Podle Shneidmana je sebevražda především dramatem v mysli jedinečného individua (Shneidman 1977, 1987, 2001). Psychache je zranění, utrpení nebo bolest, které zachvátí mysl. Je skutečně psychická – bolest z příliš pocítovaného studu, viny, strachu, úzkosti, osamělosti, úzkostného strachu, hrůzy ze stárnutí nebo těžkého umírání.

S odvoláním na Murrayho vymezil Shneidman psychologické nebo „psychogenní“ potřeby. Ty se promítají do mnoha oblastí, například do ctižádosti, materiálních potřeb, touhy

po moci, lásce a informacích. Individuální potřeby jsou nepochybně důležité, avšak existuje předpoklad, že jsou navzájem propojené a v určité míře vzájemné závislé.

Zásadní je Shneidmanovo rozlišení mezi modálními a životními potřebami. Modální potřeby jsou ty, které pomáhají definovat konkrétní osobnost, tedy charakterizují každodenní vztahy a obecně emoční fungování daného jedince. Naopak životní potřeby jsou ty, které jsou považovány za nezbytné k životu, jejich frustrace vede k úvahám o sebevraždě jako o možném řešení. Frustrace nebo blokování životních potřeb je nejvíce patrné v průběhu akutního stresu, který může být způsoben rozpadem manželství nebo přátelství. Shneidman se domnívá, že životní potřeby můžeme rozpoznat dotazováním na zásadní neúspěch, ztráty, odmítnutí (zavržení) nebo ponížení v životě člověka.

Sebevraždu chápe jako akt adaptace, tedy jako úsilí o zmírnění psychache, ne nutně jako touhu ukončit život. Shneidman také tvrdil, že jedinci mají různou kapacitu ustát emoční utrpení, která souvisí s anamnézou jedince tvořící vývojový kontext, který modální a vitální potřeby determinuje. Je zřejmé, že sebevraždnost podle Shneidmana je téměř výhradně psychologickým konstruktem. Většina případů sebevraždy se podle něho vztahuje k frustrovaným potřebám, které spadají do jedné z následujících čtyř kategorií (Shneidman 1987).

1. Zmařená láska, přijetí nebo příslušnost.
2. Ztráta kontroly, přílišná bezmoc a frustrace (vztahující se převážně k potřebě dosažení něčeho).
3. Napadení sebeobrazu a vyhýbání se studu, prohře, ponížení a hanbě.
4. Roztržka, zpřetrhaná klíčová přátelství a následný žal.

Tato témata původně identifikovaná Shneidmanem se v různých podobách objevují v dalších teoriích sebevraždy.

Shneidman odlišuje psychache od diagnostických entit, jako jsou deprese nebo beznaděj, a vysvětluje, že psychache vyjadřuje jedinečnou fenomenologickou podstatu sebevraždy. Z tohoto předpokladu vyplývá, že prevence sebevraždy je jednoduchá a jasná. Spočívá v porozumění, rozpoznání a utišení psychache. Nejúčinnějším postupem je zmírnit situaci a uklidnit rozjitřené emoce (Shneidman 1998). Za důležité Shneidman považuje pomoci sebevraždnému člověku vytvářet alternativy k sebevraždě; rekapitulovat a promýšlet problém a hledat další možnosti, co udělat. Pravděpodobně nebude problém toho člověka vyřešen tak, jak by si přál, ale může se objevit možnost, jak žít. To Shneidman (2001) považuje za hlavní cíl práce se sebevraždným člověkem.

Shneidman upozorňuje, že pouze malá menšina případů nadměrné psychické bolesti vede k sebevraždě, ale každý případ sebevraždy pramení z nadměrné psychache (1998).

Shneidman na základě svých studií zformuloval deset společných psychologických charakteristik sebevražd (1998, 1987).

- 1) Společným účelem sebevražd je hledat řešení.
- 2) Společným *cílem* sebevraždy je *zastavit* vědomí.
- 3) Společným podnětem k sebevraždě je psychologická bolest.
- 4) Společným *stresorem* sebevraždy jsou frustrované psychologické *potřeby*.
- 5) Společnou emocí sebevraždy je *beznaděj – bezmoc*.
- 6) Společným *kognitivním stavem* u sebevraždy je *ambivalence*.
- 7) Společným stavem *vnímání* je u sebevraždy *zúžení (bud' anebo)*.
- 8) Společným *činem* sebevraždy je útěk nebo únik.
- 9) Společným rysem mezilidského jednání u sebevraždy je *sdělování záměru*.
- 10) Společný *vzorec* sebevraždy je v souladu s *celoživotním stylem* zvládání.

Linehanové dialektická behaviorální terapie a teorie regulace emocí

Linehanové teorie (1993) se vyvinula z léčebného paradigmatu, ale je zakotvena v psychologické teorii se značnou dávkou teorie sociálního učení. Klade důraz na rozhodující roli, kterou hraje regulace emocí, a na patologické variantě dysregulace emocí. Linehanová předpokládala, že emoční dysregulace je zásadní pro pochopení a proměnu sebevražedného chování.

Na rozdíl od dalších psychologických teorií Linehanová potvrdila význam jak biologických, tak sociálních faktorů, které jsou součástí systému *životní prostředí – osoba* (EPS), jako zásadních pro porozumění sebevraždě a zdůrazňujících její transakční povahu. Tím se její přístup odlišuje od tradičních modelů *predispozice ke stresu*. Podstatou této teorie je, že se jedinci a prostředí navzájem na sebe adaptují a současně se také vzájemně ovlivňují a mění.

Linehanová připomíná, že člověk s těžkou genetickou zátěží může vykazovat psychopatologii navzdory podpůrnému a pečujícímu prostředí.

Identifikovala dva kritické subsystémy. Jednak je to subsystém prostředí, který zahrnuje sociální podporu, životní změnu, sebevražedné vzory a následky sebevraždy (tj. zpevnění sebevražedného chování a související eventuality). A jednak subsystém chování, představující fyziologické (citové) prvky, zjevný pohybový systém a systém kognitivní.

Uznává důležitost biologických a fyziologických složek, zdůraznila význam "narušeného prostředí", tedy sociálního kontextu, který může nepředvídatelně posílit různé projevy sebevražedného chování. Integrace sociálního kontextu v podobě narušeného prostředí zde má význam pro pochopení nejen regulace emoce, ale i pro sociální zpevnění, a to jak v léčbě, tak mimo ni.

Podle Linehanové je sebevražedné chování (i sebepoškozování a zraňování) snahou zvládnout nebo regulovat afekt, nemusí vždy představovat skutečnou motivaci zemřít (Linehan 1993).

Beckova kognitivní teorie a hlavní role beznaděje

Podstatou Beckovy kognitivní teorie je to, že význam, který jedinec přiřazuje událostem a kontextům prostředí, je zásadní pro pochopení následného emočního prožitku a souvisejícího chování. Podle Becka nesouvisí suicidalita se stresory ani událostmi, za klíčové Beck považuje, jak je člověk interpretuje a vnímá (1990).

Beck významně ovlivnil psychologické myšlení o sebevraždě. Spolu se svými kolegy (1990) zdůraznil kognitivní aspekty psychologického fungování v chápání sebevražednosti. Za hlavní suicidální faktor považovali vznik beznaděje, kterou definovali jako negativní očekávání budoucnosti. V průběhu let shromáždili přesvědčivý empirický materiál, který prokazuje roli beznaděje v případech sebevraždy a sebevražedných pokusů.

Za závažné Beck považoval, že beznaděj prostupuje všemi aspekty kognitivní triády, tedy důvěry v sebe, v druhé a v budoucnost. Na vzorku těch, kdo se pokusili o sebevraždu, ukázali, jak problematická jsou negativní schémata. Clark a Beck (1999) definovali schémata jako *relativně stálé vnitřní struktury uložených obecných nebo prototypních charakteristik podnětů, myšlenek nebo zkušeností, které jsou užívány k uspořádání nových informací smysluplným způsobem, určujícím, jak jsou vnímány a konceptualizovány*. Negativní schémata patří k psychickým poruchám (např. depresi nebo úzkosti) a projevují se zkresleným zpracováním informací a souvisejících afektivních a behaviorálních symptomů.

Wenzel, Brown a Beck (2008) představili sebevražedná schémata, což jsou přesvědčení přímo související s vyhocením beznaděje a rozhodováním k sebevraždě. Negativní schémata vedou jedince k tomu, že se zabývají negativními, maladaptivními informacemi na úkor pozitivních, produktivních informací, z nichž by mohli načerpat naději.

Zkreslené zpracování informací se u sebevražedných jedinců vyskytuje v oblasti pozornosti a paměti. Pro tyto lidi je velkým problémem vzpomenout si na konkrétní pozitivní zážitky, které by mohly v době akutního stresu poskytnout nějakou ochranu (Williams 1996).

Beck (1996) modifikuje tradiční lineární kognitivní teorii a navrhuje přítomnosti modů, které definuje jako strukturální nebo organizační jednotky obsahující schémata. Mody jsou provázané sítě schémat kognitivních, afektivních, motivačních, fyziologických a behaviorálních, které současně aktivují příslušné vnitřní i vnější záležitosti. Beck uvažoval, že opakované aktivace modů snižují práh pro příští aktivaci modu, což je vytváření citlivosti nebo zranitelnosti pro budoucí problémy.

Jedním z jedinečných prvků Beckova přístupu a Ruddovy následné práce je integrativní podstata této teorie. Kognitivní proces (např. kognitivní triáda, související s jádrem přesvědčení, beznaděj atd.) je zde sice ústřední pro pochopení sebevraždnosti, avšak teorie modů zahrnuje afektivní, fyziologické, motivační a behaviorální prvky precizněji než některé jiné psychologické přístupy. Tím je tato teorie přizpůsobivá a vhodná k integraci sociálních faktorů, vztahů, rozvoje dovedností (např. tréninku ovládání emocí), spolu s řadou jiných. Předpokládá, že kognitivní změna, ne pouze změna chování, je hlavní pro efektivní léčbu a trvalou změnu. To je v rozporu s přístupem Linehanové, která říká, že pro úspěšnou léčbu a uzdravení není kognitivní změna podstatná (Rudd, Trotter and Williams in Wasserman and Wasserman 2009).

Ruddova teorie proměnlivé zranitelnosti

Rudd (2006) rozšířil a rozpracoval Beckovu kognitivní teorii navržením FVT (teorie proměnlivé zranitelnosti, Theory of fluctuating Vulnerability), jako možnosti porozumět vzniku, rozhodnutí a znovuobjevení sebevraždnosti v průběhu času. Tím položil psychologický základ k pochopení rozmanitosti akutního i chronického suicidálního rizika. Tato teorie vychází z domněnky, že sebevraždná krize a chování (tj. aktivace sebevraždného modu) má časové omezení. Předpokládá, že sebevraždný stav, faktory spouštějící krizi a prvky předurčující poměrnou prudkost a trvání, jsou proměnlivé, nikoli statické.

Rudd předpokládá, že systém sebevraždného přesvědčení má rozpoznatelná nebo *ústřední* kognitivní témata, obsahující *nemilovanost (nezasloužím si žít)*, zoufalství (*nemohu napravit tento problém*), a slabou toleranci k distresu (*tu bolest nemůžu dál vydržet*) a pocit, že je člověk na obtíž (*pro ostatní bude lepší, když zemřu*). Opakované epizody poskytují „kognitivní lešení“ k podpoře přesvědčení a připravenosti jedince na následné vyvolání (nízký práh aktivace) a vynoření sebevraždné krize.

Rudd říká, že všichni jedinci mají náchylnost k aktivaci sebevraždného modu. Pro někoho je úroveň rizika neexistující o sebevraždě by neuvažovali za žádných podmínek, pro

jiné je velmi nízká, sebevražedné myšlenky mohou objevit pouze pod silným stresem. Pro ostatní je normální úroveň rizika docela vysoká, se značnou citlivostí k aktivaci kvůli významnému a citlivému systému přesvědčení ohledně sebevraždy. Systém pak může být aktivován i sebemenším popudem, jako je drobný mezilidský konflikt, vnímáný jako odmítnutí.

Jako v Beckově přístupu, Ruddovo FVT předpokládá důležitost kognitivní změny pro léčbu a proces uzdravení. Bez změny názorů (přesvědčení) o sobě a o druhých zranitelnost a náchylnost pokračuje a potenciálně narůstá s každou následující sebevražednou krizí.

Williamsova teorie globální paměti a model výkřiku bolesti sebevraždy

Williams a kol. (2006) se zabývali zásadní rolí globální paměti v sebevražedném procesu. Předložili empirické důkazy, že lidé ohrožení sebevražedným chováním, mají poruchu autobiografické paměti, která jim ztěžuje možnost si vzpomenout na důvody k žití a na to, co podporuje naději a usnadňuje řešení problémů.

Globální paměť podle Williamse nekoreluje se závažností deprese nebo poruch nálady, sebevražedné riziko zvyšují spíše relativně nezávislé kognitivní a psychologické proměnné, které se objeví v průběhu dětství nebo adolescence.

Globální paměť pomáhá otupit dopad negativních emocí, rozrušení a dysforii, ale za cenu zvýšení pravděpodobnosti sebevražedné krize. Dopady globální paměti související se sebevraždou:

- Emocionální epizody ovlivněné déletrvajícím sekundárním zhoršením řešení problémů.

- Poškozují interpersonální řešení problému (sociální následek).

- Omezují schopnost jedince myslet v termínech budoucnosti a projevovat naději.

Výsledkem je zvýšené riziko sebevražednosti v širším smyslu. Williams a jeho kolegové (2006) sjednotili globální paměť do sebevražedného modelu „pláče bolesti“ (Williams 2001), který původně zahrnoval biologické i kognitivní prvky a popisoval sebevražedné chování jako reakci na zážitek situačních stresorů, jako je pocit uvíznutí, z něhož člověk nevidí východisko. Pokud je únik nepravděpodobný nebo nemožný, sebevražda je alternativou.

Williams zdůraznil dva potenciální zdroje individuálního uvíznutí: oslabené řešení problému a beznaděj.

Joinerova teorie: prolínání psychologických a interpersonálních komponent

Joiner (2005) předpokládal, že s pomocí psychologických a interpersonálních faktorů lze předvídat sebevraždy, jak touhu zemřít, tak schopnost to udělat. Joinerova teorie je úsporná a přesná a přináší několik důležitých otázek. Co je touha zemřít sebevraždou a existují nějaké rozpoznatelné prvky? Co je schopnost zemřít sebevraždou a jaký je její vývoj? Touha zemřít sebevraždou je považována za funkci dvou individuálních konstruktů, vnímanou obtížnosti (cítí se být na obtíž pro přátele a *milované*) a zmaření příslušnosti (pocit nízké příslušnosti nebo sociálního *odcizení*). Kapacita pro sebevraždu je definována jako ztráta strachu z bolesti, zranění a smrti. Lidé se odhodlají k sebevraždě procesem opakovaně zakoušených bolestivých a jinak dráždivých situací, jako je sebezraňování, rvačky, náhodná zranění patřící k vysoce rizikovému chování a nasazení na pracovišti, jako u vojáků nebo lékařů. Získaným výsledkem opakovaných vystavení takovým situacím je ztráta instinktivního *strachu ze smrti* (instinkt přežití nebo pud sebezáchovy).

Joinerova teorie ukazuje, že k sebevraždě vede interakce mnoha faktorů. Touha po sebevraždě musí být spojena se získanou schopností ke smrtelnému poškození, s cílem, aby jedinec zemřel sebevraždou. Sebevraždu považuje za výsledek tří protínajících se komponent, což jsou zmařený pocit náleženosti, vnímání, že je člověk na obtíž a získaná kapacita. Joinerova (2005) teorie získává narůstající empirickou podporu.

Psychoanalytické teorie sebevraždy

Výzkum sebevraždy během posledního století byl bezesporu ovlivněn psychoanalytickými teoriemi a studiemi. Vybírám jen některé, protože jich existuje velké množství.

Freud jako první popsal pozorování self – objektivizace během melancholické deprese, které publikoval jako „truchlení a melancholii“ (1907). Toto pojednání vychází celé z klinického pozorování a tím zásadním sdělením, které otevřelo porozumění fenoménu sebevraždy, je, že ať sebevraždu zkoumáme z jakéhokoliv pohledu, závisí na odstupu, objektivizaci sebe sama a schopnosti cítit a konat sám vůči sobě tak, jako bych byl někým jiným. Freud rozpoznal v sebevraždě paradox. Napsal (1917), že sebeláska ega je tak nesmírná, že je nepředstavitelné, že by ego souhlasilo se sebedestrukcí (Freud 1945).

Menninger navázal na Freudovo pozdější rozpracování pudu smrti a pokusil se sebevraždu vysvětlit s jeho pomocí. Podle jeho teorie závisí fyzické a mentální zdraví na spojení pudu smrti a pudu života. Toto spojení vytváří rovnovážný stav, v němž puzení k

životu vyvažuje puzení ke smrti. Sebevražda je extrémní manifestací pudu smrti a pudového oslabení. Podle Menningera je zdrojem sebevraždy kombinace tří přání: přání zabít, přání být zabít a přání zemřít.

Další významný posun v psychoanalytickém zkoumání sebevraždy přinesla práce Melanie Kleinové, která je považována za první teoretičku „objektních vztahů“. Její pojetí sebevraždy vychází z rozlišení mezi postojem „paranoidně-schizoidním“ a „depresivním“. „Paranoidně-schizoidní“ postoj charakterizuje sklon projíkovat nenávist na objekt. Někdy je dokonce špatný objekt projikován do vlastního těla. Útok na vlastní tělo je tak útokem na sídlo špatného objektu.

Při postoji „depresivním“ je schopnost integrativního vnímání objektu a sebe sama zvýšena, ego zažívá dobré a špatné objekty soustředěné do jednoho objektu. To vede k depresivní úzkosti. V patologických případech mohou takto vzniklé pocity viny vést k přesvědčení o vlastní špatnosti a o tom, že má jedinec ničivý vliv na ostatní a zejména na dobrý objekt. Sebevražda je pak pokusem vyčistit svět a předejít jeho zničení.

Self psychologie je představovaná Kohutem, který se sebevraždou příliš nezabýval. Ve své poznámce z roku 1971 spojil hanbu, závist, ego-ideální a narcistní hněv se sebevraždou (Kohut 1971). Tento malý komentář měl pak velký dopad na nedávné teoretické konceptualizace a přístupy k terapii.

Mnohé následující příspěvky teoretiků objektních vztahů a self-psychologů zdůrazňovaly především roli narcistické zuřivosti a strukturální zranitelnosti. Několik ústředních klinických konceptů, které se během této doby objevily, bylo teprve nedávno podrobeno empirickému zkoumání (Rinningstam, Weinberg a Maltzberger (in Wasserman a Wasserman 2009).

PŘÍLOHA 2

STRUKTURA ROZHOVORU SE SKLÍČENÝM SENIOREM

Čas cca 50 minut

Představím záměr a podobu našeho výzkumu, vysvětlím, o co nám v rozhovoru jde, ale také to, proč byl dotyčný člověk do tohoto výzkumu přizván. Zdůrazním zachování anonymity respondenta, důvěrnost našeho rozhovoru, možnost neodpovědět na otázku, na kterou odpovídat nechce. Dotáži se, zda jsem srozumitelná a jestli je něco, na co by ještě rád/a zeptal/a. Ověřím si, že souhlasí s natáčením rozhovoru, požádám o podpis informovaného souhlasu.

Máme teď příležitost promluvit si v klidu o věcech, o kterých se nemluví vždy snadno.

1. Povězte mi o sobě. Jak se máte, o čem přemýšlíte, co Vás trápí?
2. Z čeho Vám bývá smutno?
3. Kdy to bylo nejhorší?
4. Co všechno Vás napadalo?
5. Už Vám někdy v životě bylo takhle špatně? Pokud ano, co Vám tehdy pomohlo?
6. Jaký je Váš zdravotní stav? Změnil se nějak v poslední době?

Pokud říká, že už tu nechce být

7. Myslíte tím, že byste si přál/a umřít? Znamená to pro Vás jít „za někým“, nebýt osamělý, nebo si přejete zbavit se trápení (bolesti, starostí, beznaděje)?
8. Z čeho čerpáte sílu a naději, že to zvládnete? Jak často pocítíte beznaděj?
9. Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá? Jak? Co byste ještě potřeboval/a?

Potřeba místa

10. Kde žijete (bydlíte)? S kým? Máte svůj potřebný prostor a klid? Máte pohodlí? Máte k dispozici věci, na které jste byl/a zvyklý/á?
11. Změnila se v poslední době Váš situace (prostředí)? Jak? Co je teď pro Vás náročnější? Co Vám vadí, co Vás trápí? A co je dobré, co můžete pochválit?
12. Máte rodinu? S kým se cítíte nejlépe? Mrzí vás chování někoho z rodiny? Ubližuje Vám někdo? Pokud ano, jaké to pro Vás je? Potřeboval/a byste něco změnit?

13. Jste věřící? Pokud ano, co pro Vás víra znamená? Patříte do nějakého společenství?
Je pro Vás nyní dostupné?

Potřeba výživy

14. Kdo se o Vás nejvíce zajímá? Máte tolik kontaktů (pozornosti, zájmu, péče), kolik potřebujete?
15. Co nebo koho v této oblasti nejvíce postrádáte?
16. Chutná Vám jíst?
17. Potěší Vás kniha, film nebo hudba? Něco jiného?
18. Máte dost informací o svých blízkých, o svém zdravotním stavu, o sociální službě, o které uvažujete, případně jejímž jste uživatelem/kou?
19. Na co nejraději vzpomínáte?

Potřeba podpory

20. Kdo je Vám oporou?
21. Co Vás nejvíce drží? Co Vás dovede povzbudit?
22. V jakých momentech nejvíce cítíte, že život stojí za to?
23. O co v sobě jste se nejvíce opíral/a dříve?
24. V čem si můžete věřit dosud? Co Vám jde, v čem jste dobrý?

Potřeba ochrany

25. Cítíte se ve svém prostředí (v rodině, doma, v domově, v nemocnici) bezpečně? Co je pro Vás příjemné, co Vám vyhovuje?
26. Máte z něčeho obavy? Co je možné udělat, aby se obavy zmírnily? Kdo Vám v tom může pomoci?
27. Jak sám/sama sebe chráníte? Vyhýbáte se nějakým situacím nebo informacím? Jak?
A jak se to daří?

Potřeba limitů

28. Dovedete dobře zacházet se svými silami, nepřetěžujete se? Odpočíváte dostatečně?
29. Ještě pracujete? V jaké míře? Čím je to pro Vás důležité?
30. Máte nějaký pravidelný režim?

31. Pokud ano, jak se v tomto režimu cítíte? Pokud ne, nestává se Vám, že se ztrácíte v čase, že nestihnete, co jste chtěl/a, nebo že se naopak honíte? Chtěl/a byste to nějak změnit?

32. Máte nějaké bolesti? Daří se je tlumit?

Zapomněla jsem se na něco důležitého zeptat? Co byste k tomu ještě rád dodal/a?

PŘÍLOHA 3

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU POTŘEB SENIORŮ

Děkujeme za poskytnutí rozhovoru pro výzkum potřeb seniorů, který by měl sloužit k lepšímu porozumění jejich situaci a zlepšení prevence stavů beznaděje. Účast na výzkumu znamená poskytnutí rozhovoru, trvajícího cca 50 minut, který pro Vás nepředstavuje žádné riziko. Všechna Vaše sdělení zaznameneáme zcela anonymně a budou dodrženy zásady mlčenlivosti a důvěrnosti. Budeme respektovat, když odmítnete odpověď na kteroukoliv otázku či se rozhodnete rozhovor ukončit. Z rozhovoru bude s Vaším souhlasem pořízena audionahrávka, která bude doslovně přepsána a následně uložena do trezoru Katedry sociální práce FF UK. Po vyhodnocení bude do trezoru uložen i přepis rozhovoru. Oba dokumenty budou anonymně (pouze pod číslem) archivovány po dobu pěti let, poté budou skartovány. S veškerými daty bude nakládáno ve smyslu zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Tento svůj souhlas máte právo kdykoli odvolat, kontakt pro takový případ je: PhDr. Olga Havránková, e-mail: olina.havrankova@seznam.cz.

PhDr. Olga Havránková

Katedra sociální práce a Katedra psychologie FF UK

.....

.....

místo, datum

podpis respondenta